



В.А. Жмуров
Психопатология. Часть I

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первый небольшой тираж книги разошелся очень скоро. Это не связано с ее преимуществами перед другими того же типа книгами. Дело, скорее в том, что работы подобного рода публикуются слишком редко, хотя спрос на них всегда был большим. Как ни нужны исследования частных проблем, журналы, справочники, сборники, они все же не дают целостной картины психической патологии. Психопатология вообще имеет важное значение. Именно она представляет фундамент клинической психиатрии. Тем не менее утилитарные аспекты — не самое главное в психопатологии. Она — необходимая составная часть науки о человеке, его внутреннем мире, нарушениях личности в специфических условиях болезни индивидуума и общества. Обостренная потребность современного человека в самопознании раскрывает перед нею далекие горизонты будущего и, конечно же, налагает на всех пишущих на эту тему тяжелый груз ответственности.

Со времени выхода первого варианта книги автор получил немало замечаний и пожеланий. Значительная часть указанных, а также замеченных самим автором упущений в настоящем издании устранена. Добавлен новый клинический материал, заново переработаны отдельные разделы (психология сознания, личности, половые отклонения, мотивация опьянения, патология самосознания, припадки), переформулированы неудачные определения. Книга, как надеется автор, обогатилась также в концептуальном плане, хотя, конечно же, доминируют прикладные ее аспекты.

Структура осталась прежней, традиционной, но клинический материал ряда разделов перегруппирован в более осмысленные структуры. Кроме того, предложены оригинальные подходы к систематике некоторых расстройств (патология самосознания, припадки, опьянение, психомоторное возбуждение, типология самоубийства, аффективные синдромы), что облегчит, как мы надеемся, восприятие соответствующих фрагментов патологии. Значительно больше места уделено неглубоким нарушениям психической деятельности, что может привлечь внимание врачей других специальностей, психологов, педагогов, юристов. Добавлено описание важнейших болезненных состояний из психопатологии детского и подросткового возраста, причем это была попытка не внешнего, искусственного наслаивания, а органического включения их в избранную для книги ткань изложения.

Разумеется, не все пожелания читателей были приняты во внимание, а замеченные недостатки устранены.

Выражаю признательность близким, друзьям и коллегам за поддержку, добрую и очень полезную критику моего первого опыта. Благодарю Геннадия Тимофеевича Красильникова за множество тонких и очень важных советов. Буду рад получить от читателей этой книги отклики и новые пожелания. К сожалению, автор не имел возможности привести описание некоторых расстройств в соответствии с МКБ-10 в случаях расхождений, которых не очень много. Читатель без труда может это сделать сам.

В. А. Жмуров.

Глава 1. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЯ

Психопатология.
Часть I
В.А. Жмуров

1.1. Психология ощущения

Ощущение— исходная ступень познавательной деятельности. Благодаря ощущению внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов («горячий», «кислый» и т. п.).

Различают такие виды (модальности) ощущений: оптические, акустические, обонятельные, вкусовые, тактильные, температурные, висцеральные, кинестетические, статические, болевые. В рамках ряда видов чувствительности существуют субмодальные ощущения. Зрительные субмодальности, к примеру, это ощущения красного, зеленого и т. д. Ощущения могут быть сгруппированы по функциональному признаку. Экстероцептивные ощущения — это источник внешней

информации, интероцептивные — внутренней, проприоцептивные и статические — информации о движении и положении тела. В эволюционном плане различают протопатические и эпикритические ощущения. Протопатические, древние ощущения малодифференцированы, лишены четкой локализации, тесно связаны с эмоциями и витальными процессами организма.

Эпикритические, или дискриминативные ощущения, эволюционно более «молодые», четко дифференцированы, организованы для восприятия внешних стимулов и непосредственно связаны с процессами мышления. Ощущения имеют ряд психологических свойств.

Абсолютный порог чувствительности (порог восприятия) — минимальная интенсивность стимула, при которой осознается соответствующее ощущение. Так, 5—8 фотонов достаточно, чтобы увидеть светящуюся точку. Величина порога восприятия изменчива и колеблется в зависимости от уровня бодрствования, значения сигналов, психологического состояния (направленности внимания, настроения, ожиданий и т. п.). Известно, к примеру, что порог восприятия стимулов с негативной эмоциональной окраской повышен — перцептивная защита. Предполагают, что эта «цензура» связана с субдоминантным (эмоциональным) полушарием.

Существует также физиологический порог восприятия — минимальная интенсивность стимула, при котором возбуждается рецептор. Например, для возбуждения рецептора в сетчатке глаза достаточно одного фотона. Физиологический порог восприятия контролируется генетическими факторами, зависит от возраста, соматического состояния.

Зона чувствительности, расположенная между упомянутыми порогами восприятия, состоит из сообщений, поступающих от рецепторов в мозг, но не достигающих порога сознания. Предполагают, что такие «подпороговые» сигналы обрабатываются низшими центрами мозга и вызывают иные реакции, чем осознанные сигналы.

Чувствительность к различению — способность дифференцировать сигналы разной силы, к примеру, вес 100 г и 105 г. Вес 5 г является в данном случае величиной порога различения. Чувствительность к различению может быть очень высокой, если она имеет жизненно важное значение. Так, эскимосы различают 70 оттенков освещенности снега. Она колеблется также в зависимости

от психического состояния. Субъективная оценка самочувствия является поэтому обманчивой. «Улучшение» самочувствия может быть при ухудшении объективных показателей здоровья и наоборот, что особенно часто связано с психическими нарушениями.

Адаптация и сенсibilизация — изменение чувствительности к повторяющимся стимулам. При адаптации чувствительность уменьшается на уровне рецепторов. Привыкание на уровне ретикулярной формации называют габитуацией. Сенсibilизация — это повышение чувствительности к повторяющимся слабым сигналам.

Структурная сложность ощущений. Структура ощущения складывается из рецептивного компонента (импульсация из рецепторов) и эмоционального компонента (аффективного тона ощущения, приятного либо неприятного). При выпадении первого наблюдается анестезия, при выпадении второго — субъективное ощущение выпадения чувствительности.

Влияние на психический тонус. Гиперстимуляция угнетает психическую активность, в частности, показатели внимания, памяти. При сенсорной изоляции наблюдается компенсаторное повышение психической активности. В условиях эксперимента сенсорная изоляция приводит к появлению обманов восприятия, нарушениям самосознания, резкому ослаблению интеллектуальных функций.

Очень важной является проблема боли. Установлено, что на восприятие боли значительное влияние оказывают личностные факторы, психическое состояние, традиции культуры. Известно, что эмоциональные люди более чувствительны к боли, чем бесчувственные, холодные. Страх, тревога, депрессия повышают восприимчивость к боли. Боль, если она воспринимается как искупление вины или способ решения проблемы переносится иначе, чем боль у наркомана или пациента, который манипулирует окружающими посредством болезни. Переживание боли связано и с социокультурными факторами. Известны, к примеру, племена, у которых боли во время родов испытывают не женщины, а мужчины. Существуют различные виды боли. Широко распространены, так называемые психические боли, не имеющие органической основы. В происхождении хронического болевого синдрома психический фактор также имеет большое значение. Предполагают, что феноменология боли и депрессии имеют много общего, как и механизмы их развития. Адаптации и

габитуации к боли не наступает, но существует сенсбилизация к боли. Боль имеет адаптивное значение. Чаще, однако, она является одним из наиболее тягостных симптомов болезни. Говорят, что единственный вид боли, который мы хорошо переносим, это боль другого человека. Ряд психических расстройств сопровождается переживанием интенсивной боли.

Патология элементарной чувствительности является частым признаком заболевания центральной и периферической нервной системы, поражений органов чувств. Так, при нервных болезнях встречаются парестезии, гипестезии, гиперестезия, гиперпатия и ряд других нарушений. При психических заболеваниях наблюдаются иные по своим проявлениям и механизмам развития расстройства ощущений; многие из них обозначаются неврологическими терминами. В психиатрической практике наиболее распространены изменения интенсивности ощущений (анестезия, гипестезия, болезненная психическая анестезия, гиперестезия, несоразмерные восприятия, а также сенестопатии, сенестезии, синестезии, нарушения восприятия качества цвета.

Вначале коротко упомянем о неврологических нарушениях чувствительности:

— анестезия — выпадение чувствительности. Это: аносмия — утрата обоняния, агеизия — вкусовой чувствительности, акузия — глухота, амавроз — потеря зрения, аналгия — чувства боли, астереогноз — способности узнавать предметы на ощупь;

— гиперестезия — патологическое усиление чувствительности;

— гиперпатия — усиление чувствительности; ощущения при этом приобретают болевой оттенок, а слабые раздражители не воспринимаются. Пациент к тому же не может точно локализовать место нанесения раздражения;

— дизестезия — искажение качества ощущений (прикосновение расценивается как боль, тепло — как холод и т. п.);

— полиестезия — нарушение, при котором единичное раздражение воспринимается как множественное, в разных точках одновременно;

— синестезия — раздражение одновременно ощущается в

симметричной точке на другой половине тела;

— парестезия — ложные ощущения покалывания, ползания мурашек в зоне иннервации поврежденного чувствительного нерва.

1.2. Психопатология ощущений

Изменения интенсивности ощущений. Анестезия (выпадение), гипестезия (понижение) одного или нескольких видов чувствительности могут быть выявлены объективными методами исследования. Частным случаем анестезии в психиатрической практике является аналгия или аналгезия — утрата болевой чувствительности. Она наблюдается, в частности, при острых психотических состояниях, сопровождающихся обманами восприятия, аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Психотические пациенты, совершающие попытки самоубийства или членовредительства, в последующем сообщают, что совершенно не испытывали боли даже при обширных и глубоких самоповреждениях. Болевая чувствительность затем восстанавливается по мере улучшения психического состояния. Снижение или утрата чувства боли возникает в гипнотическом трансе, в аффекте, в состояниях глубокой депрессии, при оглушении сознания, в опьянении, во время глубокой медитации, а также свойственна личностям, обедненным эмоционально. Потеря поверхностной болевой чувствительности встречается при прогрессивном параличе. Разнообразные явления анестезии и гипестезии могут быть выявлены у больных истерическим неврозом, а также истериформными расстройствами иной этиологии. В основе истерических выпадений чувствительности лежат психологические механизмы избирательного внимания (вытеснения). Локализация, область распространения и вид анестезии соответствуют житейским представлениям пациентов о проявлениях ожидаемой болезни и топографии зон чувствительности.

Болезненная психическая анестезия. Субъективное и кажущееся весьма тягостным ослабление какого-либо вида чувствительности, обусловленное выпадением эмоционального тона ощущений. Объективное исследование обычно не выявляет снижения чувствительности, так как рецептивный компонент ощущений остается неизменным. Подробнее об этом излагается в главе о патологии самосознания.

Гиперестезия. Субъективное усиление одного либо нескольких видов элементарной чувствительности. При

гиперестезии может усиливаться как рецептивный компонент ощущений (например, звуки кажутся необычайно громкими), так и аффективный (болевой) тон ощущений (звуки «раздражают», вызывают «боль», хотя интенсивность их «не меняется». Так, при астении более заметен рецептивный, а при депрессии — эмоциональный компоненты ощущений.

Гипералгезия. Повышение болевой чувствительности встречается при различных патологических состояниях, в частности, при депрессии. Усиление чувства боли характерно для легких депрессий, тревоги, страхов, может быть связано с суггестией, с соответствующими ожиданиями, Petrilowitsch (1970) указывает, что повышение интенсивности болевых ощущений у депрессивных пациентов может достигать степени «алгической меланхолии», подчеркивая, как об этом упоминали и другие исследователи, что депрессии вообще могут манифестировать рецидивами или интенсификацией хронических болевых синдромов. С углублением депрессии болевая чувствительность притупляется либо полностью блокируется. По восстановлению чувствительности к боли пациенты сами могут заметить факт ослабления депрессии. Чаще они все же расценивают появление болей как признак ухудшения, тогда как объективно симптомы депрессии смягчаются. Усиление болей, связанных с ранее перенесенными заболеваниями, нередко наблюдаются в состоянии опийно-морфинной абстиненции. В случаях хронической боли она может быть связана с установками личности.

Оптическая гиперестезия. Усиление зрительных ощущений проявляется в том, что освещение предметов кажется пациентам более интенсивным, чем это фиксируется нормальным восприятием. Обычный по силе свет ослепляет, режет глаза, раздражает, быстро утомляет зрение. Шрифт печатного текста видится «выпуклым, граненым, готическим». Контуры предметов воспринимаются подчеркнуто резко, цвета — чрезмерно насыщенными и яркими, полутона и оттенки цвета обозначены с излишней, рельефной четкостью.

Акустическая гиперестезия — усиление слуховых ощущений. Рядовые по интенсивности звуки кажутся невыносимо громкими, оглушают, воспринимаются с ощущением физической боли, раздражают. «Не переношу, шума, стука, разговоров — настолько они мучают. Звуки буквально бьют по мозгам, проникают в череп, голова, кажется, раскалывается от них...».

Вкусовая и обонятельная гиперестезия — усиление вкусовых и обонятельных ощущений. Проявляется жалобами на усиление соответствующих ощущений. Касается разных вкусовых и обонятельных раздражителей, может быть также избирательной, когда не переносится, например, запах пищи, бензина, табака и т. п.

Гиперестезия кожного чувства — усиление ощущений кожного чувства. Наиболее отчетливо проявляется в отношении тактильных и температурных ощущений. Легкое касание к телу воспринимается грубым, раздражающе резким, болезненным. Одежда «впивается в тело, давит, стесняет, жмет...». «Ощущаю каждую складку на постели... Чувствую малейшее движение воздуха — мерзнет спина, бок... Не могу расчесываться — больно до волос дотронуться...».

Встречаются жалобы, отражающие повышение мышечно-суставного чувства. Больные «вынуждены» постоянно менять позу, положение частей тела, так как не могут оставаться в покое из-за возникающих вскоре ломоты, дискомфорта, неприятных тянущих ощущений.

Несоразмеримые восприятия. В сообщениях больных встречаются указания на усиление интероцептивных ощущений: «Сердце бьется тяжело, сильно, ударяет как кувалдой... Пульс молотком стучит в висках и во всем теле... Стоит немного поесть, как желудок кажется переполненным... Чувствую, как продвигается пища по пищеводу...» (Корсаков, 1913).

1.3. Сенестопатии

Сенестопатии (Dupre, Camus, 1907), «психосоматические ощущения» (Wernicke, 1906) или «сенсации» — особая разновидность патологических ощущений, которым свойственны следующие клинические признаки:

— полиморфизм — разнообразные боли, ощущения жжения, холода, тяжести, наполнения, электризации, движения;

— необычный, нередко весьма вычурный характер, в связи с чем пациенты с трудом формулируют свои жалобы;

— неприятный, тягостный, порой необычайно мучительный аффективный тон ощущений, созвучный тревожно-депрессивному настроению (сенестопатии крайне редки в маниакальных состояниях). «Боли дикие, невыносимые, животные, сумасшедшие». Иногда, по сообщениям

больных, интенсивная физическая боль переносится легче, чем сенестопатии;

— не свойственная симптоматике соматических заболеваний локализация — неопределенная, разлитая, часто меняющаяся, мигрирующая, или ограниченная причудливыми топографическими зонами;

— упорный, назойливый, неотступный характер появления, прикованность внимания к патологическим ощущениям. Пациенты указывают, что болезненные ощущения «преследуют», «не дают покоя», «не дают возможности отвлечься на что-то другое»;

— не типичная проекция сенестопатических ощущений, если иметь в виду их сенсорную модальность. Так, ощущения жжения, холода или движения могут восприниматься «внутри головы» Мнимые экстероцептивные ощущения проецируются в данном случае в зону интероцептивной чувствительности. Как видно, структура сенестопатий включает помимо прочих также элементы нарушения самосознания.

Сенестопатий могут быть постоянными, эпизодическими, но иногда возникают и в виде приступов, острых атак, что позволяет говорить о сенестопатических кризах. Приступы сенестопатий, обычно ярких, множественных и разнообразных, нередко сопровождаются паническими реакциями, вегетативными расстройствами, страхом сумасшествия, выразительными позами и жестами, особыми защитными действиями.

Следует иметь в виду, что сенестопатий не связаны с местными нарушениями, хотя и локализуются пациентами в разных органах и частях тела.

Существуют различные подходы к оценке клинического значения сенестопатий и их классификации. Так, А. К. Ануфриев (1978) при скрытой депрессии различает пять видов сенестопатий: сердечно-сосудистые, центрально-неврологические, абдоминальные, костно-мышечно-суставные и кожно-подкожные. По мнению автора, наиболее часто наблюдаются сердечно-сосудистые и центрально-неврологические сенестопатий (боли и другие неприятные ощущения в области сердца и головы). По данным L. J. Becker (1968), сенестопатий встречаются во всех органах и частях тела, не связанных между собой какой-либо единой функцией. Полагают, что локализация сенестопатий может иметь некоторое диагностическое и прогностическое значение. Возможно, что топика

сенестопатий отражает представления о важности того или иного органа, который, по мнению пациента, оказался пораженным.

Как известно, включение разных частей тела в структуру «Я», завершающееся в раннем детстве, идет постепенно и процесс этот движется от центра к периферии. Следует, вероятно, ожидать, что перемещение сенестопатий с локализацией на поверхности тела на область внутренней чувствительности связано с поступательным развитием заболевания и, напротив, тенденция перехода сенестопатий ближе к поверхностным структурам может рассматриваться как благоприятный признак.

Другой подход основан на учете особенностей клинической структуры сенестопатий. Как показал F. L. Fourny (1954), сенестопатий в начале болезни чаще всего имеют определенную локализацию и известное сходство с соматическими симптомами. В дальнейшем они утрачивают строгую топографическую очерченность, становятся диффузными, приобретают необычный, вычурный характер. Это было подтверждено другими исследователями.

Установлено, что на ранних этапах развития шизофрении сенестопатий проявляются преимущественно алгическими ощущениями, сходными с соматически обусловленными болями (Гутенева, 1979, 1980; Басов, 1980).

Сенестоалгические ощущения имеют различную, большей частью ограниченную локализацию, бывают длительными, стойкими либо возникают в виде коротких эпизодов. В последующем клиническая картина сенестопатий усложняется. Возникают термические ощущения, сенестопатий с ощущениями движения, диффузные, мигрирующие или локализованные в точках, определенных органах. Позднее они приобретают характер, близкий к галлюцинациям и бредовым идеям, трансформируются в тактильные галлюцинации, галлюцинации общего чувства (Ушаков, 1973; Ануфриев, 1978; Остроглазов, 1975).

Наконец, сенестопатий нередко включаются в структуру галлюцинаторно-параноидных состояний, проявляясь с качеством «сделанности», и парафренных ипохондрических состояний (с фантастической бредовой трактовкой).

Развитие сенестопатий идет в соответствии со следующей закономерностью: от относительно простых, напоминающих соматические, патологические ощущения, по пути ко все более сложным, полиморфным, причудливым, обретающим предметные очертания и имеющим необычную локализацию. В соответствии с указанной закономерностью и учетом таких психологических характеристик как сенсорная модальность, локализация, проекция и степень

выраженности эпикритических черт, могут быть разграничены следующие клинические варианты сенестопатий.

Элементарные сенестопатии. Они лишены ясно выраженной сенсорной модальности, определенной локализации, качеств, — присущих дискриминативной чувствительности; проецируются на область внутренних ощущений, тесно связаны с аффективными нарушениями. Больные с тревожной депрессией описывают свое физическое самочувствие следующим образом: «Состояние внутреннего напряжения... Внутри все напряглось, натянулось, как струна, вот-вот лопнет...». Состояние страха сопровождается иными ощущениями: «Все оцепенело внутри, замерло, как будто оборвалось что» Состояние тоски выражается так: «Тяжесть внутри, давление, стеснение, душа ноет, щемит, млеет». Указанные элементарные ощущения нередко возникают на фоне генерализованных нарушений коэнестезии (общего чувства тела): «Весь разбитый, все тело болит, как изжеванный, живого места нет... Все внутри дрожит, трясется, трепещет, колышется, ходуном ходит, волнами перекачивается...». Ощущения последнего рода могут, вероятно, расцениваться и в контексте нарушений самовосприятия (соматопсихическая деперсонализация).

Простые сенестопатии. Характеризуются четкой сенсорной модальностью (боли, термические ощущения, разнообразные парестезии). Локализация диффузная либо ограничена определенными топографическими зонами или органами («голова», «бок», «подреберье» и т. п.). Проецируется на область соответствующего вида чувствительности (например, парестезии — на область кожной чувствительности). Можно разграничить следующие виды простых сенестопатии:

Алгические сенестопатии — это болевые ощущения, отличающиеся необычайным богатством всевозможных оттенков: сверлящие, жгучие, острые, тупые, мозжащие, распирающие, сжимающие, рвущие, разламывающие, прокалывающие, ноющие, свербящие, выворачивающие, тянущие, грызущие, ломящие, режущие, стреляющие и др. У одного и того же больного нередко можно встретить самые различные виды алгических ощущений. Иногда больные определенным образом группируют их с тем, чтобы разобраться в них самим, полнее информировать врача о своем самочувствии. Боли могут быть постоянными или возникать в виде приступов, молниеносных пароксизмов, в течение ряда лет локализоваться только в одной части тела или появляться в разных местах.

Психологическая структура алгических сенестопатии относительно проста. Как и боли они сохраняют тесную связь с аффективными нарушениями, чаще всего с депрессией. Редко встречаются «приятные» боли. Алгии могут возникать также психогенным путем, по механизмам психосоматической конверсии — истерические алгии.

Термические сенестопатии: «Жжение подошв... Как горит между лопатками... Все тело огнем горит, а внутри холод... Щека будто обмерзает...».

Сенестопатии в виде парестезии — ощущений ползания мурашек, щекотания, зуда, пощипывания, онемения, электризации, покалывания: «Мурашки в пахах... Зуд в ногах ниже колен... Щекотание на голове... Кисти онемели и иголками тычет... немеют щека и десны... Пощипывает, будто электричеством...».

Сенестопатии с ощущением физической тяжести, реже — необычной легкости какой-либо части тела: «Тело тяжелое, как свинцом налито... Как будто груз на плечах... Рука тяжелая, кажется, не в силах поднять ее... С трудом удерживаю голову — до того тяжелая... Голова легкая, будто воздухом накачали... Тело легкое, как воздушный шар...». Трудно сказать, насколько правомерна трактовка патологических ощущений последнего типа как сенестопатии.

В начале статичные, простые сенестопатии в последующем становятся подвижными, мигрирующими: «Жжение расплывается по сторонам, появляется в разных местах... Боли ходячие, плавающие, бродячие... Мурашки поднимаются от крестца к затылку...». Проекция их все еще не нарушается. Постепенно выявляется тенденция ко все более точной и дифференцированной локализации сенестопатии: «Боль по участкам на голове... Болит кожа... Боль внутри головы... Боли в костях... Болит позвоночник... Поверхностное жжение в предплечье... Пощипывает вокруг глаз...».

Психосенсорные сенестопатии. Представляют собой патологические ощущения с признаками объемности, размерности, направленности и чертами сходства с явлениями аутометаморфозии: «В груди разбухает, увеличивается, расширяется, вытягивается... Внутри скручивается, сворачивается, сжимается, собирается... Давит на лоб изнутри... В голове вращается, крутится... Давит на голову снаружи по направлению к центру... Боль косая, слева вверх...». Нередко сопровождаются мимолетными ощущениями увеличения,

уменьшения размеров или расположения соответствующей части тела: «Боли в суставах, их точно выкручивает в другую сторону... Сдавливает голову, и она будто уменьшается... Распирает грудь, она вроде поднимается... Болят ноги, их будто растягивает...». Одновременно у больных могут быть выявлены истинные расстройства схемы тела.

Интерпретативные сенестопатии. Патологические ощущения, сопровождающиеся разнообразными трактовками в плане их топики и причин возникновения, что придает сенестопатиям черты сходства с бредовыми идеями физического уродства и ипохондрического содержания. Можно разграничить следующие виды интерпретативных сенестопатии:

Органотопические сенестопатии, при которых преобладает стремление локализовать ощущения с предельной анатомической точностью: «Боль внутри глазниц... Вибрирует барабанная перепонка... Сосуд в голове чешется... Болит внутренняя пластинка лобной кости... Жжение в перикарде и на верхушке сердца... Боль в трех грудных позвонках... Жжет верхушки легких... Боль «а основании мозга, между полушариями... Мерзнет поверхность мозга... Боли в стенках желудка...».

Ассоциированные сенестопатии — доминирует тенденция объединять патологические ощущения, возникающие в разных частях тела, в тщательно разработанную и законченную во всех деталях систему жалоб: «Боль из руки идет по линии вверх, ударяет в затылок, сжимает сердце и расходится в животе в разные стороны... Боль из грудины перемещается в миндалины, оттуда — к сердцу, а потом уходит в голову... Боль из ног тянется по двум линиям на спине и заканчивается двумя расплывчатыми точками на шее. Онемение голени переходит в ощущение боли в точке на бедре, затем начинают болеть паховые артерии, а потом боль становится подсознательной...». Подобные описания пациентов напоминают паранойяльную структуру и, вероятно, могли бы рассматриваться как сенестопатический вариант паранойяльной ипохондрии.

Бредоподобные сенестопатии — больные не останавливаются на описательной характеристике патологических ощущений, а предпочитают сразу указывать причину их возникновения: «Кровь не поступает в прямую кишку... Сосуды лопаются... Мозг не получает питательных веществ... Замедлен кровоток... Расслабление сердечной мышцы...». Формулировки обычно заимствуются

из медицинской литературы либо бесед с пациентами и врачами.

Галлюцинаторные сенестопатии. Характеризуются отчетливо выраженными дискриминативными элементами и сходством с различными галлюцинациями. Можно выделить следующие виды галлюцинаторных сенестопатии:

Геометрические сенестопатии: «Жжение на спине в виде треугольника... Боль в виде плоского круга... Головные боли по типу сетки — болит по периметру ячеек, а в середине их — нет... Жжение в боку наподобие вытянутого овала... Боль в точке под кожей затылка... Боль из точки лучами расходится по спине... Боль от пальцев идет по двум линиям... Полоски холода в обрамлении тепла... Головная боль в виде выпуклого кверху треугольника... Болит черепушка по линии под ушами — хоть отрубай по этому месту... Мерзнет круг размером с двухкопеечную монету...».

Сенестопатии, напоминающие тактильные галлюцинации: «На голове будто шапка надета... Жжет, точно приложили горчичник или раскаленный утюг... Ударило по голове будто палкой... Голова холодная, словно ветерком обдувает... Вроде крошки прилипли к глотке... Такое чувство, будто за волосы кто-то тянет... К губе, как папироса прилипла...». Степень сходства тактильности с галлюцинациями может быть различной: от относительно легкой до весьма значительной, когда сенестопатии становятся неотличимыми от галлюцинаций.

Сенестопатии с внутренней проекцией тактильных ощущений: «В голове першит, как при насморке... Онемение в голове... Щекотание в груди... Чешется в голове... Кишечник будто руками перебирает... Жжение внутри головы...». При этом сенестопатии не только напоминают, но нередко вплотную приближаются к висцеральным галлюцинациям: «В животе будто горячая кровь разливается... В голове что-то ползает... Боль в сердце, как от кинжала, конец его торчит, так и хочется вытянуть... В груди твердый комочек... Голова чем-то наполняется... Боль от сердца шариками «поднимается к горлу... Боль в позвоночнике — его будто проткнули трубкой диаметром 5—6 мм...».

Сенестопатии, напоминающие галлюцинации трансформации: «Мозг кажется горячим и маленьким... Сердце словно разрезано на части... Такое ощущение, будто расслаиваются мышцы... Сердце как оторвалось и

упало вниз... Мозг, похоже, отделяется от черепа...».

Сенестопатии, напоминающие кинестетические галлюцинации: «Ноги будто подтягивает к туловищу... Голова вроде качается взад и вперед... Такое чувство, точно глаза начинает косить вбок... В руках такое напряжение, будто держу тяжелый груз...». Иногда галлюцинаторные сенестопатии сопровождаются ложными акустическими, вкусовыми, обонятельными и зрительными ощущениями: «Мозг точно отделяется от оболочек — слышно, как они разлипаются... В голове что-то хлюпает... Боль идет по нитям — слышно, как они дребезжат... В голове крутится что-то притворно сладкое... Внутри все горит, пахнет жженым... Ударило в голову — как молния вспыхнула...». Наряду с галлюцинаторными сенестопатиями у больных обычно удается выявить настоящие обманы восприятия: оклики, галлюциноиды, кинестетические, вестибулярные и другие галлюцинации. Излагая жалобы, в которых отражаются галлюцинаторные сенестопатии, больные постоянно используют выражения «как будто, вроде, похоже, словно, как...», что позволяет идентифицировать сенестопатии и не смешивать с галлюцинациями при всем несомненном их сходстве.

Подлинный характер патологических ощущений у больных с интерпретативными сенестопатиями удается выявить лишь при дополнительном расспросе. Как правило, пациенты легко отказываются от своих толкований относительно локализации, причин возникновения и взаимосвязи ощущений, и это важное отличие от истинного бреда. Существует, однако, возможность перехода интерпретативных сенестопатии в бред. Покажем это на следующем примере. Пациент сообщает: «Центральная нервная система подает импульс в желудок, желудок сокращается, толчки отдают в пах, из паха через центральную жилу переходят в ногу, а затем — в большой палец левой ноги, откуда возвращаются в пах. Получается замкнутый круг, который надо разорвать, и тогда я буду здоров. Чтобы разорвать связь большого пальца и центральной жилы, через которую палец влияет на пах, нужно удалить большой палец». Больной ранее неоднократно обращался к хирургу и настаивал на операции «удаления пальца». Есть достаточно оснований говорить здесь о переходе интерпретативных сенестопатии в бред, — об этом свидетельствует факт бредового поведения.

Клинико-психологическая структура сенестопатических ощущений, как видно, такова, что наряду с рецептивным она включает также аффективный, деперсонализационный,

навязчивый, интерпретативный, галлюцинаторный компоненты. Сенестопатии могут возникать, кроме того, с переживанием насильственности, сделанности (в структуре синдрома психического автоматизма), звучать в плоскости парафренных образований — «высасывают мозг... заменяют кости... разлагаются внутренности...». Это означает, что в сенестопатиях выражаются нарушения различных психических функций, зачастую далеких от элементарной чувствительности. Так, интерпретативные сенестопатии нередко ассоциируются с такими нарушениями мыслительной деятельности, как формализм, резонерство, неясное мышление, отрывочные ипохондрические и персекуторные бредовые идеи, склонность к магическому мышлению и др. Это важно иметь также в виду и в том плане, что болезненные ощущения, связанные с реальной соматической патологией, в жалобах пациентов с расстройствами мышления, внешне могут выглядеть как сенестопатии.

1.4. Сенестезии

Сенестезии — разнообразные двигательные нарушения, часто имеющие субъективный характер и не связанные с неврологической патологией: потеря равновесия, «внутреннее» головокружение, шаткость походки, «толчки» в разные стороны, ощущения моторной неловкости, неточности в движениях («нога вдруг подвернулась... беру что-нибудь и промахиваюсь... стал спотыкаться...», короткие эпизоды обездвиженности в руке, ноге («Не слушаются руки... рука повисла как плеть... двигательный идиотизм... волевой импульс не доходит до ноги»), состояния неожиданной слабости в отдельных группах мышц («нет сил раскусить таблетку, поднять руку...»). Сенестезии нередко сопровождаются страхом ходьбы, сенситивными идеями отношения. Многие пациенты говорят, что окружающие принимают их за опьяневших и стесняются бывать на людях.

1.5. Синестезии

Синестезии возникают в результате взаимодействия органов чувств, при котором качества ощущений одного вида переносятся на какой-нибудь другой (Лурия, 1970). Хорошо известны факты «окрашенного слуха», который наблюдается у многих людей, особенно у музыкантов (например, у Скрябина). Немецким психологом Хорнбостелем было обнаружено влияние обонятельной чувствительности на зрительную и изучены его закономерности. Установлено, в частности, что запахи веществ, молекулы которых включали большое количество

атомов углерода, соотносились с более темными оттенками света, а запахи веществ молекул с малым содержанием атомов углерода — со светлыми оттенками.

Разнообразные синестезии возникают при психических заболеваниях. Так, параллельно слуховым могут появляться тактильные и вибрационные ощущения: «Слышу костями, тыльной частью кисти, ладонями...». Чувство боли сопровождается вкусовыми ощущениями: «Когда колют живот иголкой, во рту появляется ощущение соленого». Одновременно с сенсорными стимулами могут возникать сенестопатии, обманы восприятия. Синестезические ощущения иногда сопутствуют галлюцинациям — «голоса» описываются больными как «теплые, мягкие, солоноватые, округлые и т. д.».

1.6. Нарушения восприятия качества цвета

Нарушения восприятия качества цвета (особое на рушение восприятия, иллюзии цвета, колорические иллюзии)— искаженное восприятие окраски предметов Лица кажутся темными, коричневыми, бронзовыми, страницы книги — фиолетовыми, буквы — синими, коричневыми, окружающее воспринимается окрашенным в желтый (ксантопсия), красный или розовый (эритропсия) либо другой какой-нибудь цвет.

Нарушение элементарной чувствительности характеризуют различные патологические состояния. Психическая гиперестезия встречается в дебютах острых психотических состояний, при астенических и депрессивных состояниях, отравлениях психоделическими веществами, в состоянии гашишного опьянения. Особая ясность и отчетливость восприятия свойственна состоянию сверхбодрствования сознания. Явления анестезии, гипестезии наблюдаются при острых психозах, прогрессивном параличе, депрессии, оглушении сознания, неврозах. Нозологическая принадлежность сенестопатии неоднозначна. Они могут возникать при инволюционных, инфекционных и органических заболеваниях головного мозга, при неврозах на фоне остаточных явлений органического, поражения диэнцефальной области, отличаясь в этих случаях относительной простотой и яркостью. Сенестопатии описаны при сенесто-ипохондрических реакциях, в рамках первичной реакции у больных раком. По данным ряда исследований, сенестопатии, а также синестезии чаще встречаются при эндогенных психозах (Кербиков, 1968; Лукомский, 1968; Ануфриев, 1978; Наджаров, Смулевич, 1983). По мнению А. К. Ануфриева, В. Ф. Десятникова, И. В. Шахматовой-Павловой сенестопатии наблюдаются в

клинической структуре маскированной депрессии. Особенно обильны и вычурны сенестопатии при ипохондрической, сенестопатической и бредовой шизофрении (Снежневский, 1970; Наджаров, Смулевич, 1983). В начале шизофрении сенестопатии отличаются простотой и ограничиваются изолированными сенестоалгическими ощущениями (Гутенева, 1979; Басов, 1980). По нашим наблюдениям в начале шизофрении могут возникать также вычурные сенестопатии (психосенсорные, галлюцинаторные, интерпретативные) одновременно либо с последующим присоединением простых и элементарных.

Патогенез сенестопатии связывается с поражением на уровне зрительного бугра и дизэнцефальной области ствола мозга (Kehrer, 1953; Эглитис, 1977; Ануфриев, 1979). По мнению G. Huber (1976), сенестопатии обнаруживают сходство со спонтанными ощущениями в случае органического поражения межзачаточного мозга и являются «эндогенно-органическим» симптомом. Полагают, что сенестопатии, наблюдающиеся в клинической картине фазно текущих заболеваний, обусловлены функциональными нарушениями (Эглитис, 1977). Патологические механизмы сенестопатии усматривают в расторможении интероцептивной системы и ее высвобождении от контролирующего влияния экстероцепции.

ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ВОСПРИЯТИЯ И ОБРАЗОВ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Психопатология.
Часть I
В.А. Жмуров

2.1. Психология восприятия и образов представления

Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы — образы восприятия; познавательная деятельность переживается как факт личной активности, направляемая определенной задачей, а не акт пассивной регистрации впечатлений.

Образы восприятия складываются из внешних и внутренних (прежде всего кинестетических) ощущений. «Вклад» разных видов чувствительности при этом не одинаков. Очевидно, что образы восприятия слепого и зрячего, глухого и слышащего, дальтоника и индивидуума с «нормальной» цветовой

чувствительностью различны Эта относительность не означает, что внешний мир это не более чем субъективное построение. Тот факт, что некто не воспринимает мелодии, еще не говорит о том, что этой мелодии не существует. Как, впрочем, и то, что, правдоподобие обмана восприятия не доказывает реальности кажущегося объекта.

Восприятие — это процесс «создания» образа из «чувственного» материала. Различают следующие его фазы:

— перцепция — первичное выделение комплекса стимулов из массы прочих, как относящихся к одному определенному объекту. Иными словами, это фаза разграничения фигуры и фона;

— апперцепция — сравнение первичного образа с аналогичным или подобным ему, хранящимся в памяти. Если первичный образ идентифицируется как уже известный, это соответствует узнаванию. Если же информация является новой и неоднозначной, идентификация происходит путем выдвижения и проверки гипотез в поисках наиболее правдоподобной либо приемлемой. Объект при этом расценивается как ранее незнакомый;

— категоризация — отнесение образа восприятия к определенному классу объектов. С этой целью объект дополнительно исследуется в поисках типичных признаков данного класса объектов;

— проекция — дополнение образа воспринимаемого объекта деталями, присущими установленному классу, но в силу разных причин оказавшимися «за кадром». Образ восприятия тем самым «доводится» до определенного стандарта.

В образах восприятия отражаются такие качества объектов, для которых не существует специальных рецепторов: форма, размеры, ритм, тяжесть, положение в пространстве, скорость, время. В этом смысле образ восприятия является как бы надчувственным феноменом, промежуточным между чувственным и рациональным познанием.

В психологическом плане восприятие характеризуют:

— константность — стабильность образов предметов в разных условиях восприятия. Например, руки расположены на разном расстоянии от глаз, но величина их кажется одинаковой;

— целостность — объединение разных впечатлений в

связанное единство. Законы целостного восприятия изучены в гештальтпсихологии («психологии образов»);

— объёмность — восприятие в трех измерениях. Это достигается благодаря бинокулярному зрению и бинаурикулярному слуху. На расстоянии свыше 15 м восприятие пространства осуществляется благодаря линейной, воздушной перспективе, эффектам параллакса и интерпозиции;

— объективизация образов восприятия — связана с состоянием сознания и поисковой исследовательской активностью. Важное значение имеет здесь ранний сенсорный опыт.

В восприятии выражается активность сознания, внимания, памяти, других психических структур. Это важно учесть для анализа и оценки расстройств восприятия. В последних, относимых по традиции к сенсорным нарушениям, обнаруживаются разнообразные нарушения всех психических функций, а также личности в целом.

К моменту рождения ребёнок имеет эффективно работающие органы чувств. К году острота зрения младенца достигает уровня взрослых. Лучше всего он воспринимает объекты на расстоянии 19 см от своего лица.

Возможно потому, чтобы видеть лицо матери во время кормления. С четвертого дня младенец проявляет врожденное предпочтение к восприятию человеческого лица. К двум месяцам узнаёт лицо матери, а в четыре месяца различает синий, красный, желтый и зелёный цвета. Восприятие глубины пространства формируется уже к двум месяцам. В раннем младенчестве внимание привлекается также движущимися объектами, криволинейностью, контрастами. С первых часов после рождения дети способны различать звуки разной интенсивности, узнавать голос матери. Они различают также запахи. Вкусовые восприятия развиваются позднее. Категориальность восприятия формируется к концу первого года, а константным оно становится к 12—13 годам.

Существует гипотеза, согласно которой восприятие развивается на основе врождённых «когнитивных схем». Последние позволяют ребенку выделять наиболее важные впечатления и структурировать их определенным образом.

Необходимыми условиями развития восприятия являются:

— активное движение. Наблюдения показали, что

ограничение свободного движения нарушает развитие пространственного восприятия;

— обратная связь. Необходима для коррекции ошибок восприятия;

— поддержание оптимального количества поступающей сенсорной информации. «Сенсорный голод» препятствует развитию восприятия, а в условиях эксперимента приводит к психотическим расстройствам;

— структурирование внешних впечатлений. Монотонность последних (пустыни, снежные равнины и др.) не способствует формированию перцептивных схем, а у взрослых является одной из причин появления миражей.

Образ представления — наиболее сложный вид образной памяти (Лурия, 1975). Когда мы говорим, что имеем представление о дереве, лимоне, или собаке, это значит, что предыдущий опыт восприятия и практической деятельности с этими объектами оставил в нас их следы.

Образы представления напоминают наглядные образы, отличаясь от последних меньшей детализацией, яркостью и четкостью, но не только этим. Образ представления отражает итоги интеллектуальной переработки впечатления о предмете, выделяет в нем наиболее существенные признаки. Так, мы представляем не какое-то определенное дерево, но имеем дело с обобщенным образом, в который может войти наглядный образ и березы, и сосны, и другого дерева. Размытость и бледность образа представления свидетельствует о его обобщенности, потенциальном богатстве стоящих за ним связей, является признаком того, что он может быть включен в любые отношения.

Образ представления — это не простое воспоминание. Он не хранится в памяти в неизменном виде, но постоянно преобразуется, в нем выделяются, подчеркиваются наиболее актуальные признаки, стираются индивидуальные особенности. Образы представления имеют субъективный характер, они не проецируются вовне. Они возникают в сознании опосредованно, сближаясь тем самым с образным мышлением. Ассоциации образов могут выходить за рамки обыденных впечатлений, благодаря воображению становятся доступными творчеству.

Наблюдаются следующие виды патологии восприятия и образов представления: нарушение константности восприятия, расщепление восприятия, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды,

явления эйдетизма, нарушения сенсорного синтеза.

2.2. Психопатология восприятия и образов представления

Нарушение константности восприятия. Искажения образов объектов в зависимости от изменения условий восприятия. Во время ходьбы пациент видит, как почва «подпрыгивает», «качается», «поднимается», «опускается», деревья и дома «шатаются», перемещаются вместе с ним. При повороте головы предметы «поворачиваются», ощущается поворот тела в противоположную сторону. Пациент чувствует, будто предметы отдаляются или приближаются, а не он идет к ним или от них. Удаленные предметы воспринимаются мелкими, а вблизи становятся неожиданно крупными и наоборот.

Расщепление восприятия. Утрата способности формировать целостный образ объекта. Правильно воспринимая отдельные детали предмета или его изображения, больной не может связать их в единую структуру, например, видит не дерево, а отдельно ствол и листву. Расщепление восприятия описано при шизофрении, некоторых интоксикациях, в частности, психоделическими веществами. Сходное (нарушение возникает при поражении вторичных отделов зрительной коры (поля 18, 19 Бродмана). Пациенты, рассматривая изображение (например, очков), говорят так: «... что же это?.. кружок и еще кружок... и перекладина... наверное, велосипед».

Некоторые пациенты, разглядывая известный рисунок Boring (где можно видеть профиль молодой женщины либо старухи), сообщают, что одновременно видят оба изображения, что свидетельствует не о расщеплении восприятия, а возможно об одновременном участии в восприятии левого и правого полушарий.

Иногда наблюдается утрата способности к синтезу ощущений разной модальности, например, зрительных и слуховых. Воспринимая звучащий радиоприемник, больной может искать источник звука в другом месте. Данное нарушение наблюдается при старческом слабоумии (Снежневский, 1970).

При поражении теменно-затылочных отделов мозга возникает несколько иное расстройство восприятия — симультанная агнозия. Больной адекватно воспринимает отдельные предметы, независимо от их размеров, но одновременно способен видеть лишь один предмет или его изображение. Если ему показать изображение круга и

треугольника, то после серии быстрых экспозиций он может заявить: «... ведь я знаю, что здесь две фигуры— треугольник и круг, но вижу каждый раз только одну».

Иллюзии. Термин переводится словами «обман, обманчивое представление» — ложное, с нарушением идентификации, восприятие реально существующих и актуальных в данный момент предметов и явлений. Впервые выделены в качестве самостоятельного обмана восприятия и отделены от галлюцинаций Ж. Эскиролем в 1817 г.

Существуют различные виды иллюзорного восприятия. При физических иллюзиях неправильное восприятие предмета обусловлено физическими свойствами среды, в которой он находится, — ложка в стакане с водой на границе сред вода-воздух кажется переломившейся. Появление ряда иллюзий связано с психологическими особенностями процесса восприятия. После остановки поезда, например, некоторое время продолжает казаться, что он все еще движется. В известной иллюзии Мюллера-Лайера длина отдельных линий воспринимается по-разному в зависимости от формы фигур, в состав которых они входят. По-разному воспринимается окраска одной и той же части поверхности, если менять цвет фигуры в целом. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки. Боязливый человек, идя ночью по пустынной улице, может принять силуэт куста за фигуру притаившегося человека. При иллюзиях невнимательности (Jaspers, 1923) вместо одного слова слышится другое, близкое по звучанию; посторонний человек принимается за знакомого, в тексте читается не то слово и т. д. Влияние установки на восприятие демонстрируют опыты Н. И. Узнадзе: из двух шаров одинакового веса тяжелее кажется более крупный по размерам. Металлический шар ощущается более тяжелым, чем пластмассовый того же веса (проба Делюффа).

Упомянутые разновидности иллюзий не являются признаком психического расстройства. Патологические иллюзии имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует. Иногда трудно разграничить иллюзии и галлюцинаторные образы, а также

уловить момент перехода первых во вторые.

Различают следующие виды патологических иллюзий: аффективные, вербальные и парейдолические (парейдолии).

Аффективные иллюзии. Связаны со страхом, тревогой. Пациент в морозных узорах окна «видит» лицо грабителя, в складках одеяла — притаившегося на кровати убийцу, авторучку принимает за нож. Вместо обычных шумов, стука, звона слышит щелканье затвора, ружья, выстрелы, шаги и дыхание преследователей, предсмертные стоны.

Вербальные иллюзии. Содержат отдельные слова, фразы, которые заменяют реальную речь окружающих. Слышатся обвинения, угрозы, брань, разоблачения, оскорбления. Вербальные иллюзии, возникающие на фоне страха или тревоги, считают вербальным вариантом аффективных иллюзий (Снежневский, 1983). Интенсивные, обильные и сюжетно связанные вербальные иллюзии обозначаются термином «иллюзорный галлюциноз» (Schroder, 1926).

Вербальные иллюзии следует различать с бредовыми идеями отношения. При последних пациент слышит речь окружающих правильно, однако убежден в том, что она содержит «намеки» в его адрес.

Аффективные и вербальные иллюзии в психопатологическом плане неоднородны. Некоторые из них связаны с депрессией (обвинения, порицания). Другие отражают влияние бредового настроения (угрозы, стрельба, неприятный привкус пищи). Часть иллюзий созвучна отчетливым бредовым убеждениям. Так, пациент с бредом ревности вместо шороха слышит шаги крадущегося к жене любовника.

Парейдолии. Представляют собой зрительные иллюзии с фантастическим содержанием. При разглядывании бесформенных пятен, орнаментов (узоров древесных линий, переплетений корней, игры светотени в листьях деревьев, облаков) видятся экзотические пейзажи, феерические сцены, мифические герои и сказочные существа, причудливые растения, люди в необыкновенных масках, старинные крепости, сражения, дворцы. «Оживают» портреты. Изображенные там лица начинают двигаться, улыбаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями.

Иллюзии характерны для состояний неглубокого помрачения сознания (второй стадии делирия, по

С. Libermeister), возникают при острых симптоматических психозах. Наблюдаются также при бредовых и аффективных психозах иной этиологии. Эпизодические и нестойкие иллюзии встречаются при неврозах, неврозоподобных состояниях. В патогенезе иллюзий предполагается роль гипноидных состояний корковых анализаторов.

Галлюцинации («бред», «видения»). Мнимые восприятия, ложные образы, возникающие спонтанно, без сенсорной стимуляции. М. Г. Ярошевский (1976, с. 23) упоминает о Бхатте, древнем философе школы Миманса, высказавшем созвучные современным догадки об обманах восприятия. Реальность или иллюзорность образа, утверждал Бхатта, определяется характером отношений между органом и внешним объектом. Извращение этих отношений ведет к иллюзорному восприятию. Причины последнего могут быть периферическими (дефект органов чувств), а также центральными (манас), когда образы памяти проецируются во внешний мир и становятся галлюцинациями. Таким же образом, по мнению Бхатта, возникают сновидения. До настоящего времени не потеряло значения определение галлюцинаций В. Х. Кандинского: «Под именем галлюцинаций я разумею непосредственно от внешних впечатлений не зависящее возбуждение центральных чувствующих областей, причем результатом такого возбуждения является чувственный образ, представляющийся в воспринимающем сознании с таким же самым характером объективности и действительности, который при обыкновенных условиях принадлежит лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных впечатлений». Галлюцинация — это образ представления, отождествляемый пациентом с наглядным образом. В определениях галлюцинации обычно указываются следующие признаки.

Появление галлюцинаций непосредственно не связано с восприятием реальных и наличных объектов (исключение составляют функциональные и рефлекторные галлюцинации). Этим галлюцинации отличаются от иллюзий. Галлюцинирующий пациент одновременно с ложными образами может адекватно воспринимать и реальность. Его внимание при этом распределяется неравномерно, часто смещаясь в сторону обманов восприятия. Иногда оно бывает так поглощено последними, что действительность почти либо вовсе не замечается. В таких случаях говорят об отрешенности или галлюцинаторной загруженности.

Галлюцинациям свойственны чувственная живость, проекция в реальный мир (сравнительно редко они бывают лишены определенной проекции: «Голоса из ниоткуда... Рука

тянется неизвестно откуда...»), спонтанное появление и чуждость содержанию сознания Их характеризует, кроме того, ощущение собственной интеллектуальной активности — пациент «сам» с интересом или страхом «слушает», «смотрит», «вглядывается». Интегральным выражением указанных качеств обманов восприятия является переживание телесности мнимых образов, их отождествление с образами реальных объектов. Понимание болезненности галлюцинаций большей частью отсутствует. Под впечатлением от них пациент ведет себя точно также, как если бы кажущееся ему происходило на самом деле. Нередко галлюцинации, каким бы иррациональным ни было их содержание, для пациента более актуальны, чем реальность. Он оказывается в большом затруднении, если мнимые и реальные образы вступают в отношения антагонизма и обладают равной силой влияния на поведение. При таком «раздвоении» личности пациент как бы существует в двух «измерениях» сразу, в ситуации конфликта сознательного и бессознательного.

Различают следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и галлюцинации общего чувства (энтероцептивные, висцеральные, эндосоматические). Близки к последним вестибулярные и моторные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации. Наблюдаются элементарные и сложные обманы зрения.

Элементарные галлюцинации — фотопсии, фосфрены — простые, не складывающиеся в предметный образ обманы зрения: вспышки света, блески, туман, дым, пятна, полосы, точки.

Сложные зрительные галлюцинации характеризуются предметным содержанием. С учетом последнего различают некоторые специальные их виды.

Зоологические галлюцинации — зоопсии — видения известных по прошлому опыту животных, насекомых, змей.

Демономанические галлюцинации — видения чертей, русалок, ангелов, богов, гурий, прочих персонажей из области мистики и мифологии. Могут восприниматься сказочные существа и чудовища, «инопланетяне», другие фантастические образы.

Антропоморфные галлюцинации — видения образов близких знакомых и незнакомых людей, как живущих, так и умерших. В последние десятилетия некоторые авторы отмечают

урежение демономанических и учащение антропоморфных обманов восприятия. Иногда в мнимых образах близких, могут, по мнению пациентов, «маскироваться» чужие, незнакомые, враждебно настроенные люди и наоборот. Встречаются галлюцинаторные видения фрагментов человеческого тела: глаз, головы, конечностей, зрачков, внутренних органов — фрагментарные галлюцинации. Аутоскопические галлюцинации — видения самого себя. Описан феномен геатоскопии: мнимое восприятие своего тела, проецируемое внутрь собственного тела.

Полиопические галлюцинации — множественные образы мнимых объектов: стаканов, бутылок, чертей, гробов, мышей. Ложные образы могут располагаться на линии, уходящей вдаль, и постепенно уменьшаться в размерах. Диплопические галлюцинации — видения удвоенных мнимых образов: «Люди раздвоились — один и тот же видится справа и слева».

Панорамические галлюцинации — статичные видения красочных ландшафтов, пейзажей, космических сюжетов, картин последствий атомных взрывов, землетрясений и др.

Сценоподобные галлюцинации — видения галлюцинаторных сцен, сюжетно связанных и последовательно вытекающих одна из другой. Воспринимаются похороны, манифестации, судилища, казни, сражения, сцены загробной жизни, приключения, авантюрно-детективные события. Вариантом сценоподобных являются пантофобические галлюцинации Леви-Валенси — устрашающие больных сценические видения.

Зрительные вербальные галлюцинации Сегла — видения букв, слов, текстов. Содержанием таких символических галлюцинаций могут быть иные звуковые системы: цифры, математические формулы, символы химических элементов, нотные, геральдические знаки.

Эндоскопические (висцероскопические) галлюцинации — видения предметов внутри своего тела: «Вижу, что голова наполнена большими белыми червями»).

Аутовисцероскопические галлюцинации — видения собственных внутренних органов, иногда пораженных мнимой болезнью: «Вижу свои сморщенные легкие». Встречаются галлюцинаторные видения своих органов, образы которых выносятся во внешний мир, иногда проецируются на какую-нибудь поверхность, например, на стену.

Отрицательные зрительные галлюцинации —

кратковременная блокада способности видеть отдельные реальные предметы.

Зрительные галлюцинации различаются также по окраске, размерам, четкости контуров и деталей мнимых образов, степени сходства с реальными объектами, подвижности, локализации в пространстве. Мнимые образы могут быть черно-белыми, окрашенными неопределенно или преимущественно в один какой-нибудь цвет. Например, при эпилепсии они бывают интенсивно красного или синего цвета.

Цветовая гамма ложных образов может отражать свойственные индивидууму особенности цветового восприятия. У дальтоникиков, например, в ней недостает красного цвета. Нормоптические галлюцинации — размеры мнимых образов адекватны величине соответствующих реальных предметов; макроптические, гулливер-галлюцинации — видения громадных размеров; микроптические, лилипут-галлюцинации — крайне малой величины. Например, «вижу тела на стенке, как под микроскопом». Наблюдаются галлюцинации с уродливо искаженной формой мнимых образов, вытянутые в одном направлении, удаленные, приближающиеся, перекошенные — метаморфоптические галлюцинации. Уменьшенные в размерах и кажущиеся удаленными галлюцинаторные образы — феномен, известный как микротелеопсия Ван-Богарта. Рельефные галлюцинации — контуры и детали ложных образов воспринимаются очень четко, объемно. Аделоморфные галлюцинации — видения туманны, размыты, «призрачны», «воздушны» («привидения, призраки», по определению больных). Кинематографические галлюцинации — мнимые образы лишены глубины, объемности, иногда проецируются на поверхность стен, потолка и сменяются «как на экране». Больные при этом считают, что им «показывают кино». Кинематограф, как заметил Е. Брейлер (1920), существовал для больных задолго до его открытия.

Галлюцинаторные образы бывают подвижными, порою сменяются калейдоскопически быстро или хаотически. Они могут восприниматься движущимися слева направо и обратно, перемещаться в вертикальном направлении. Иногда они неподвижны точно статуи — стабильные галлюцинации. Различна локализация обманов зрения в пространстве. Большею частью они проецируются в реальную обстановку, воспринимаются наряду с окружающими предметами или заслоняют собой последние. При экстракампинных галлюцинациях обманы зрения локализуются вне поля зрения — сбоку, сверху, чаще «за спиной». Гемианоптические галлюцинации — обманы восприятия

локализуются в одной из половин поля зрения. Видения могут возникать в одном глазу — монокулярные галлюцинации.

Зрительные (и слуховые) галлюцинации следует разграничивать с феноменом олицетворенного осознания (или постороннего присутствия), который представляет собой мнимое переживание присутствия другого, чаще враждебно настроенного человека. Это также ложное ощущение чужого взгляда («кто-то смотрит в окно», «наблюдает»). Описания пациентов бывают настолько детальными, что эти переживания можно принять за галлюцинации. Так, больная сообщает: «Чувствую, за спиной стоит человек, мужчина, высокий, весь в черном, руку протянул ко мне и хочет что-то сказать... Я не вижу его, но ясно чувствую, что он есть». В другом наблюдении больная «чувствовала», как сбоку стоит глухонемой отец и разговаривает жестами, так что она могла понять, о чем он «говорит». Столь же непосредственным образом может восприниматься мнимая речь: больная «отчетливо слышит», как соседи ругают ее, дают обидные прозвища. При детальном расспросе уточняет: «Не слышу, а ощущение такое, что ругают. Прислушаюсь — никто не говорит, а все-таки продолжаю чувствовать, как меня бранят».

Иногда структура видений бывает схематичной, контурной, весьма общей, так что напоминает скорее модель, прототип объекта. Известно, что развитие восприятия строится на основе «когнитивных схем», которые можно уподобить геометрическому рисунку. Похоже, что «созревание» галлюцинаторного образа может повторять ранние стадии формирования восприятия.

Клинические особенности зрительных галлюцинаций имеют известное диагностическое значение, указывают на природу болезни или локализацию поражения. Так, экстракампинные галлюцинации наблюдаются обычно при шизофрении (Блейлер, 1920). Кинематографические галлюцинации чаще встречаются при интоксикационных, в частности, алкогольных психозах. Интоксикационным психозам более свойственны демономанические, зоологические и полиопические галлюцинации. Наличие обильных зрительных обманов восприятия с дезориентировкой в месте нахождения, обстановке и времени свидетельствует о делириозном помрачении сознания. Гемианопсические галлюцинации наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга (Баншиков, Короленко и др., 1971). Указанные авторы наблюдали аутоскопические галлюцинации при гипоксии мозга и высказывали мнение о том, что такие обманы зрения свидетельствуют о тяжелой

мозговой патологии. Множественные зрительные галлюцинации встречаются в структуре эпилептической ауры — зрительные галлюцинации Джексона (1876). Пантофобические галлюцинации и галлюцинации фантастического содержания встречаются при онейроидном помрачении сознания. Микро-, макроптические галлюцинации, а также уродливо искаженные, перемещающиеся в определенном направлении видения несут отпечаток локального, органического поражения мозга. Клиническое значение многих деталей зрительных обманов раскрыто далеко не полностью. Пожалуй, самой общей их особенностью является символическое содержание, прямо не переводимое на язык словесно-логических формул. Так, жажда у пациента проявляется видениями реки, ручья, фонтана, водопада; боли формируют образы кусающей собаки, жалящей змеи и т. д. Уместной представляется аналогия со сновидениями, скрытый смысл которых не всегда может быть точно установлен. В сновидениях, как и в зрительных обманах, отражается регресс мышления на образный уровень его организации, в то время как словесные галлюцинации указывают хотя бы на частичное сохранение зрелых структур логического мышления. Это может означать также и то, что зрительные обманы возникают при более глубоком поражении психической деятельности, чем словесные галлюцинации.

Слуховые галлюцинации. Как и зрительные, являются наиболее частыми и разнообразными по содержанию. Различают акоазмы, фонемы и вербальные галлюцинации, а также галлюцинации музыкального содержания.

Акоазмы — элементарные неречевые галлюцинации. Слышатся отдельные звуки типа шума, шипения, грохота, скрипа, жужжания. Часто встречаются более конкретные, связанные с определенными предметами, хотя также неречевые слуховые обманы: шаги, дыхание, топот, стуки, звонки по телефону, поцелуи, автомобильные гудки, вой сирены, скрип половиц, звон посуды, скрежет зубов и многое другое.

Фонемы, элементарные речевые обманы — слышится окрики, вопли, стон, плач, рыдание, хохот, вздохи, кашель, восклицания, отдельные слоги, отрывки слов.

При галлюцинациях музыкального содержания слышится игра музыкальных инструментов, пение, хоры. Звучат известные мелодии, их отрывки, иногда воспринимается незнакомая музыка. Музыкальные галлюцинации часто наблюдаются при алкогольных психозах. Обычно это вульгарные частушки, непристойные песни, песни пьяных

компаний. Музыкальные обманы восприятия могут возникать при эпилептических психозах. Здесь они выглядят иначе — это звучание органа, духовная музыка, звон церковных колоколов, звуки волшебной, «небесной» музыки. Галлюцинации музыкального содержания наблюдаются и при шизофрении. Так, больная постоянно слышит песни в стиле ретро — «мелодии 30-х годов». «Концерты» не прерываются вот уже более полугода. Слышатся песни и оркестровые произведения, которые она помнит, а также давно ею забытые. Мелодии возникают и сменяются сами по себе или начинают звучать, едва она о них подумает, — «концерт по заявкам». Иногда одна и та же мелодия навязчиво повторяется много раз подряд.

Значительно чаще встречаются вербальные (словесные) галлюцинации. Воспринимаются отдельные слова, фразы, разговоры. Содержание галлюцинаторных высказываний может быть абсурдным, лишенным всякого смысла, но большей частью в них выражаются различные идеи, далеко не всегда безразличные больным. С. С. Корсаков (1913) рассматривал галлюцинацию как мысль, одетую в яркую чувственную оболочку. В. А. Гиляровский (1954) указывает, что галлюцинаторные расстройства не являются чем-то оторванным от внутреннего мира пациента. В них выражаются различные нарушения психической деятельности, личностные качества, динамика болезни в целом. По данным В. Милева (1979), в галлюцинациях обнаруживаются эхолалии, персеверации, разорванность мышления, неадекватность или паралогия. Все это делает полезным клинический анализ содержания галлюцинации вообще и вербальных галлюцинаций в особенности.

В начале психического расстройства вербальные галлюцинации бывают в виде окликов по имени, фамилии, обычно однократных и редко повторяющихся. Оклики слышатся наяву, при засыпании, пробуждении, в тишине или шумной обстановке, в одиночестве и окружении людей, в ситуациях, когда больные ожидают, что их могут позвать. Не всегда удается определить, была ли это галлюцинация, окликнули на самом деле или имело место иллюзорное восприятие. При повторении окликов пациенты нередко сами идентифицируют обманы слуха. При этом часто указывают, что «оклики» повторяются одним и тем же голосом. Встречаются «беззвучные» оклики. Иногда пациенты относят оклики к другому человеку: «Окликают, но не меня».

В комментирующих или оценочных галлюцинациях отражается мнение «голосов» о поведении пациента — доброжелательное, язвительное, ироническое, осуждающее,

обвиняющее. «Голоса» могут говорить о теперешних и о прошлых поступках, а также оценивать то, что намерен он делать в будущем.

В состоянии страха галлюцинации приобретают угрожающий характер, созвучный бредовым идеям преследования. Воспринимаются мнимые угрозы убийства, расправы, мести, зверских пыток, изнасилования, дискредитации. Иногда «голоса» носят отчетливо выраженную садистическую окраску.

Опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счет. Реже считают, что они относятся к окружающим. Так, голос приказывает окружающим убить больного. Голоса могут требовать совершить поступки, прямо противоречащие сознательным намерениям — ударить кого-то, оскорбить, совершить кражу, осуществить попытку самоубийства или членовредительства, отказаться от приема пищи, лекарства или беседы с врачом, отвернуться от собеседника, закрыть глаза, стиснуть зубы, неподвижно стоять, ходить без всякой цели, переставлять предметы, переезжать из одного места в другое.

Иногда приказания «голосов» бывают «разумными». Под влиянием галлюцинаций некоторые больные обращаются за помощью к психиатрам, сами не сознавая при этом факта психического расстройства. Некоторые пациенты указывают на явное интеллектуальное превосходство «голосов» над ними.

Содержание императивных обманов и степени их влияния на поведение различны, так что клиническое значение данного типа обманов может быть разным. Так, «распоряжения» разрушительного, нелепого, негативистического характера указывают на близкий к кататоническому уровень дезорганизации личности. Подобные распоряжения, как кататонические импульсы, реализуются автоматически, неосознанно. Приказы с ощущением принуждения также выполняются, но при этом пациент пытается сопротивляться или хотя бы осознает их противоестественность. Содержание таких приказов уже не всегда разрушительно или абсурдно. Наблюдаются приказания персекуторного содержания. Встречаются противоречивые, двойственные распоряжения голосов, когда наряду с нелепыми звучат и довольно разумные приказы. Иногда слышатся распоряжения, созвучные сознательным установкам пациента.

Бывают императивные галлюцинации магического содержания. Так, «голоса» заставляют пациентку протягивать в квартире веревки, нити, класть вещи на указываемые места, не дотрагиваться до некоторых предметов. «Голоса» утверждают, что существует таинственная связь между упомянутыми действиями и благополучием близких людей. В ответ на отказ выполнять приказы «голоса» предрекают неизбежную смерть. В другом наблюдении «голоса» требовали мыть руки строго определенное число раз — семь или двенадцать. Больная считала, что в числе «семь», скрывается намек на ее семью — «семь — семья». Помыть руки семь раз означает спасти семью от несчастья. Число «двенадцать» содержало намек на двенадцать апостолов. Если она мыла руки указанное количество раз, то «очищалась» этим от всех грехов. Больному с алкогольным психозом «голоса» заявили: «Слышишь, мы пилим бревно. Как только перепилим, ты погибнешь». Или голос приказывает: «Возьми зеркало и уничтожь ведьму, — она вселилась в зеркало». Бывает, что голоса принадлежат «ведьмам», «бесам», «чертям». Из приведенных примеров видно, что в вербальных галлюцинациях выражается регресс мышления на архаический (магический) уровень его организации.

Галлюцинаторные приказания, как упоминалось, реализуются не всегда. Иногда пациенты не придают им значения, или считают нелепыми, бессмысленными. Другие находят силы удержаться или «назло голосам» делать обратное. Чаще все же императивные галлюцинации оказывают неодолимое влияние. Пациенты даже не пытаются противопоставить им себя, выполняя самые дикие распоряжения. По словам больных, они чувствуют в это время «паралич» своей воли, действуют подобно «автоматам, зомби, марионеткам». Непреодолимая императивность галлюцинаций свидетельствует о близости их к кататонии и явлениям психического автоматизма. По мнению В. Милева (1979), императивные распоряжения могут быть отнесены к шизофреническим симптомам первого ранга.

Некоторое сходство с императивными обнаруживают галлюцинации, содержащие не приказания, а уговоры, увещевания, сообщения ложных сведений, приобретающие для больных большую силу убедительности. Так, «голос» уговаривает пациента покончить с собой: «Прыгай с моста. Не бойся, это не страшно. К чему жить, пойми, жизнь для тебя давно кончилась». Наблюдаются галлюцинации с характером внушения. Больной шизофренией без колебаний поверил, что совершил убийство, когда «голоса» сообщили ему об этом. Он отчетливо «вспомнил» подробности «преступления» и заявил на себя в милицию. «Голоса» далее

могут уверять в существовании колдовских чар, загробной жизни, предсказывать будущее, сообщать нелепые и фантастические сведения. Галлюцинаторные вымыслы не оставляют больных безучастными, их истинность может казаться им очевидной. «Голоса» могут не только «подсказывать», что следует делать, но и самый способ совершить тот или иной поступок. Так, «голос отца» подталкивает больную покончить с собой, зовет к себе на кладбище. Он говорит, что нужно отравиться уксусной эссенцией, указывает, где ее взять. Больная, действительно, находит эссенцию в этом месте, хотя ранее будто бы нигде не могла ее разыскать.

Наблюдаются слуховые галлюцинации с характером констатации — точной регистрации того, что воспринимают или делают сами пациенты: «Это вокзал... Милиционер идет... Это не тот автобус... Встал... Идет... Обувается... Спрятался под кровать... Топор взял...». Иногда голоса называют объекты, не замеченные пациентом. Так, он хочет и не может определить название улицы, по которой идет, а «более наблюдательный» голос правильно подсказывает ему это. Констатации касаются не только внешних впечатлений и действий, но также побуждений, намерений: «Меня дублируют, повторяют. Еще только подумаю что-то сделать, а голос это скажет. Хочу выйти из дома и сразу же слышу, как об этом говорят...». Больные считают, что их «записывают, прослушивают, фотографируют, снимают на видеопленку». Иногда «голоса» требуют от больных вслух или мысленно проговаривать названия воспринимаемых предметов, повторять сказанное много раз. И, напротив, одно и то же слово, фраза, произнесенные пациентом или кем-то из окружающих, могут повторяться голосами, как «эхо», иногда — 2—3 раза и более. Подобные обманы слуха можно обозначить как эхоталлические или итеративные галлюцинации.

Галлюцинации могут «дублировать» не только высказывания окружающих или самих больных. Начинают «звучать» собственные мысли — «голос» тут же «повторяет» то, о чем подумал больной. При чтении копируется содержание прочитанного — симптом эхо-чтения. Голос «читает» написанное пациентом — «эхо-письма». Повторение мыслей может быть многократным. По словам пациента, перед сном он «внушает» себе: «успокоился, расслабился, хочу спать, засыпаю». Вслед за этим он слышит «голос», который произносит эту фразу пять раз — «теперь обхожусь без снотворных, усыпляет голос». Темп повторения может быть замедленным, ускоренным или меняется, убыстряясь к концу проговаривания. Иногда повторение касается отдельных слов, окончания фразы. Так, голос «внутри» через каждую

секунду повторяет угрозу: «Посажу» и говорит так сутками. По мере проговаривания громкость звучания постепенно затухает, меняется тембр голоса. Повторения не всегда бывают идентичными, возможны вариации в оттенках звучания и смысла. Один из пациентов сообщил о 6-кратном повторении фраз, но всякий раз другим голосом и некоторым изменением содержания.

Встречаются стереотипные галлюцинации — постоянно слышится одно и то же. Больной с хореей Гентингтона в течение ряда лет имел галлюцинацию в виде повторяющейся время от времени фразы: «Витя, ку-ку!». Вначале подумал, что с ним «играют в прятки», искал прячущегося, но потом убедился в обмане слуха и перестал обращать на него внимание. В повторном приступе болезни порою «возвращаются» те же голоса и говорят то же, что и ранее. Наблюдаются «двойные голоса» — один из них чуть позже в точности копирует сказанное первым.

Вербальные галлюцинации могут быть в виде монолога — «голос» ведет нескончаемый рассказ о чем-либо, не давая ни перебить себя, ни изменить тему. Например, «голос» вспоминает и подробно рассказывает биографию больного, сообщая такие подробности, о которых тот «давно забыл». Галлюцинации могут быть множественными (поливокальными). Несколько голосов одновременно говорят о разных вещах, разговаривают между собой. При галлюцинациях в форме диалога два «голоса» «спорят» друг с другом о больном, причем один из них хвалит, одобряет, подчеркивает его заслуги и достоинства, другой, напротив, — обвиняет, осуждает, требует наказания, физического уничтожения. Контрастирующие галлюцинации — один из «голосов» говорит или приказывает сделать одно, а другой в это же время — прямо противоположное. Встречаются сценopodobные слуховые галлюцинации — множество «голосов» создают зримое впечатление сложной ситуации, которая динамично развивается. Наблюдаются галлюцинации поэтического содержания — «голоса» сочиняют стихи, эпиграммы, каламбуры.

Вербальные галлюцинации могут сохранять полную автономию от больных, не вступать с ними «в контакты» или даже «считать», что они их не слышат. Бывает так, что они говорят вместо пациента. Так, на вопросы врача отвечает «голос», а больная в это время «не думает», она лишь «повторяет» его ответы. Голоса могут обращаться и прямо к больным, спрашивать, просить что-то повторить, беседовать с ними. Так, «голос» является к пациенту каждое утро, будит, приветствует, а вечером прощается. Иногда уведомляет, что на некоторое время покинет его, возвращаясь к

назначенному сроку. Отвечает на вопросы больного, дает советы, подробно расспрашивает о его жизни, будто собирает анамнез. Перед тем, как исчезнуть, извещает, что «уходит навсегда, умирает». Или голос рассказывает о больной и уточняет год и место ее рождения, подробности учебы в школе, жизни, о семье, интересуется работой, детьми. Через посредничество больных удается «поговорить с голосами». Отвечая на вопросы, «голоса» могут отнекиваться, умолкать, теряются, насмешливо хохотать. Некоторые из них сообщают о себе разные сведения. Так, в ответ на расспрос «голос» больной говорит: «Неужели он (то есть врач) не понимает, что я — это болезнь. Мне нечего сказать о себе. Я исчезну, как только пройдет болезнь». Сама пациентка при этом считала, что «голоса» — вестник «другого, невидимого мира». Или «голоса» говорят, сообщают свои имена, возраст, описывают свою внешность, утверждают, будто занимают высокие важные посты, что намерены покончить с собой или что они «сами слышат голоса», что страдают припадками, выражают желание лечиться и т. д.

Голоса часто высказывают независимые от пациента суждения, оценки, проявляют интерес к внешним событиям, выражают свои собственные желания, рассказывают о своем происхождении, строят планы на будущее. Они могут говорить также и то, что совпадает с мнением пациента, выражать его взгляды и ожидания. С «умными» голосами пациенты «советуются». Так, больная консультируется с «голосом», попадет ли она в больницу в будущем. На это он осторожно отвечает: «Скорее всего, да». Иногда удается проверить умственные возможности голосов. Они выполняют арифметические действия, на свой лад толкуют пословицы, поговорки. Уровень их «мышления» большей частью оказывается ниже, чем у пациентов. Эмоциональный контекст высказываний голосов — а это видно по тональности, речевым формам, содержанию сказанного, — чаще бывает недоброжелательным, агрессивным, циничным, грубым. Все это показывает, что «голоса» являются выражением сложной патологической структуры, интегрирующей различные психологические функции в целостное образование на другом, обычно сниженном уровне. Они представляют подобие личностного новообразования, часто противостоящего личности пациента.

Встречаются галлюцинации с характером предвосхищения. «Голоса» как бы опережают события и предугадывают, что больной вскоре почувствует, о чем подумает или узнает. Они уведомляют, что у него заболит голова, появится «позыв» на мочеиспускание, дефекацию, рвоту или он вскоре «захочет»

есть, спать, что-то сказать. И, действительно, эти предсказания часто сбываются. Больной не успел еще осознать происшедшее, а «голос» информирует о том, что, собственно, случилось. Бывает и так, что при чтении «голос» забегают вперед и «читает» написанное внизу страницы, в то время как больной просматривает только верхние строки. Получается, что голоса воспринимают подпороговые сигналы, не достигающие уровня сознания.

«Голоса» могут говорить медленно, нараспев, скороговоркой. Так, обычные по темпу голоса при обострении состояния начинают говорить «очень быстро». Их связная до этого речь становится разорванной, напоминает набор отдельных слов. Порою голоса возникают по типу наплывов, иногда их звучание прерывают внезапные паузы. В галлюцинациях между тем практически не встречается таких явлений, как заикание, парафазии, афазии, дизартрия и другой неврологической патологии, даже если она есть в речи больных.

Наблюдаются вербальные галлюцинации в виде неологизмов, а также вербигерации — нанизывание слов, непонятных ни самим больным, ни окружающим. Иногда больные утверждают, что слышат голоса на «иностранном языке» и при этом отлично понимают сказанное, хотя сами никакими языками не владеют — криптолалические галлюцинации. У полиглотов «голоса» могут звучать на чужих языках, включая и те, которые забыты — ксенолалические галлюцинации.

Слуховые галлюцинации могут быть разными по громкости, отчетливости, естественности. Чаще всего они звучат также, как и разговор окружающих людей. Иногда слышатся едва различимые, невнятные, «шелестящие», либо звучат оглушающе громко. Встречаются «предчувствия» голосов — «их нет, но я чувствую, что они вот-вот появятся». Бывает страх перед голосами, которые «должны» появиться. Галлюцинации обычно воспринимаются как живая, натуральная речь, но они могут слышаться как «по радио», с магнитофона, звучат как в «каменном мешке». Иногда они кажутся «нереальными». Нередко они индивидуализированы, в них узнаются известные больным лица. Порою звучит собственный голос пациента. Узнавание голоса того или иного человека, по-видимому, представляет собой факт бредовой интерпретации. Один и тот же голос может принадлежать разным лицам. Бывают «поддельные», «похожие на знакомые» голоса, принадлежащие, как считают больные, неизвестным лицам, и, напротив, голоса близких, «специально» искаженные до неузнаваемости. Например, голоса «имитируют» речь и мысли реальных

людей. Больная даже «видит» при этом «изображения» людей, чьи голоса она слышит.

Источник галлюцинаций локализуется больными, как правило, в реальном окружении. Голоса воспринимаются звучащими где-то неподалеку, указывается даже направление, откуда они доносятся. Порой они звучат «вокруг», и больные не могут определить, с какой стороны их слышат. Иногда голоса локализируются на большом отдалении, далеко за пределами реальной слышимости. Они могут восприниматься также вблизи или на поверхности тела, рядом с ушами («нашептывают на ухо»), в слуховых проходах. Но и в таких случаях голоса воспринимаются идущими извне по направлению к больным. Реже бывает обратное: голоса «отлетают», идут от больных по направлению вовне. Пациентка сообщает, что голос из головы иногда «вылетает» наружу, она даже видит удаляющийся блеск. В это время думает, что голос становится слышным и для окружающих. Большей частью голоса улавливаются обоими ушами, но могут восприниматься и одним ухом — односторонние галлюцинации. Встречаются обманы слуха, возникающие одновременно с разнообразными синестезическими ощущениями.

Слуховые галлюцинации наблюдаются большей частью при формально неизменном сознании в клинической картине различных заболеваний. Некоторые особенности слуховых галлюцинаций могут иметь диагностическое значение. Галлюцинации угрожающего содержания, например, указывают на параноидный сдвиг настроения, обвиняющие или побуждающие к самоубийству, свидетельствуют о депрессии, благожелательные, одобряющие, хвалебные — о повышенном настроении. Симптом звучания мыслей, симптом эхо-чтения, дублирующие галлюцинации, галлюцинации с характером итераций (многократным повторением), контрастирующие галлюцинации чаще встречаются при шизофрении. Алкогольная тематика содержания обманов слуха выявляется при алкогольных психозах.

Обонятельные галлюцинации. Мнимые восприятия различных запахов. Это могут быть знакомые, приятные, вызывающие чувство отвращения, неопределенные или незнакомые запахи, с которыми ранее не приходилось встречаться. Проекция обонятельных галлюцинаций различна. Больные могут считать, что запахи исходят от окружающих объектов или утверждают, что пахнет от них самих, от ног, половых органов, изо рта и т. п. Иногда заявляют, что источником «запаха» являются внутренние

органы.

Встречается необычная проекция обманов обоняния — запахи воспринимаются, например, внутри головы. Мнимые запахи нередко ассоциируются с бредовыми идеями. Так, неприятные запахи, исходящие от тела, сочетаются с явлениями дисморфомании (бреда физического недостатка), запахи с внешней проекцией — с бредом отравления; запахи, идущие изнутри — с нигилистическими и ипохондрическими бредовыми идеями. Появление обонятельных галлюцинаций нередко опережает развитие собственно бреда.

Вкусовые галлюцинации. Ложные вкусовые ощущения, возникающие вне связи с приемом пищи или каких-либо веществ. Вкусовые галлюцинации могут возникать и во время еды — появляется необычный, несвойственный дайной пище постоянный привкус («металлический», «привкус меди, цианистого калия, неизвестного яда» и т. п.). Вкусовые обманы иногда локализуются «внутри» тела и объясняются больными «гниением, разложением» внутренних органов.

Галлюцинации кожного чувства. Разнообразные обманы восприятия, связанные с различными видами кожной чувствительности.

Тактильные галлюцинации — мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи, под нею. Обманы восприятия носят предметный характер. Больные утверждают, что чувствуют прикосновение рук, поглаживание, ощущают, как их обсыпают песком, пылью, колют иглой, царапают ногтями, обнимают, кусают, похлопывают, тянут за волосы, считают, что на коже или внутри ее находятся и перемещаются живые существа. Нередко тактильные галлюцинации локализуются в полости рта, где ощущается присутствие волос, крошек, проволочек, других посторонних предметов. Мнимое присутствие волоса в полости рта считается характерным для психозов, возникающих в связи с отравлением тетраэтилсвинцом. Кокаиновым психозам свойственны мнимые ощущения под кожей мелких предметов, кристаллов, насекомых — симптом Маньяна.

Гаптические галлюцинации — мнимые ощущения резкого схватывания, ударов, толчков, исходящих, по мнению больных, извне.

Эротические (генитальные) галлюцинации — мнимые ощущения непристойных манипуляций, производимых кем-

то извне на половых органах.

Стереогностические галлюцинации — мнимые ощущения присутствия в руке какого-либо предмета — спичечного коробка, стакана, монеты и др. — симптом Равкина.

Температурные (термические) галлюцинации — ложные ощущения жжения, прижигания, охлаждения участка поверхности тела. В отличие от сенестопатий термические галлюцинации имеют предметный характер — «прикладывают раскаленную проволоку, прижгли утюгом» и т. п.

Гигрические галлюцинации — ложное ощущение присутствия на поверхности тела или под кожей капель жидкости, струй, потеков, крови и т. п.

Интероцептивные (висцеральные галлюцинации, галлюцинации общего чувства). Ложное ощущение присутствия внутри тела инородных тел, живых существ: мышей, собак, змей, червей, чувство дополнительных внутренних органов, «вшитых приборов», других предметов. Отличаются от сенестопатий телесностью, предметностью. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение. Больная утверждает, что в течение многих лет ее «мучают глисты». Гельминты, ранее заполнявшие брюшную полость, проникли недавно в грудную клетку, голову. Отчетливо ощущает, как «аскариды» шевелятся, свиваются в клубки, переползают с места на место, присасываются к внутренним органам, задевают сердце, передавливают сосуды, закрывают просвет бронхов, копошатся под черепом. Больная настаивает на немедленной операции, считая, что в противном случае ей грозит гибель. Висцеральные галлюцинации обычно сопровождаются бредом одержимости. Разновидностью интероцептивных являются галлюцинации трансформации, выражающиеся чувством измененности конкретных внутренних органов: «Спались легкие, слипся кишечник, расплавился мозг, сморщился желудок и др.».

Моторные (кинестетические) галлюцинации. Мнимые ощущения простых движений или сложных действий. Больные чувствуют, как их пальцы сжимаются в кулак, поворачивается или качается голова, наклоняется тело, поднимаются руки, высовывается язык, перекашивается лицо. В острых психотических состояниях, в частности, при белой горячке, они ощущают, будто куда-то идут, убегают, выполняют профессиональные действия, разливают вино, в то время, когда на самом деле лежат в постели. Встречаются кинестетические вербальные и графические галлюцинации с

мнимыми ощущениями движения артикуляционного аппарата и рук, свойственными говорению и письму. Ложные ощущения движения могут иметь насильственный характер — больных «заставляют» говорить, писать, передвигаться. Двигательные обманы вербального содержания большей частью принадлежат к псевдогаллюцинациям. Иногда встречаются автоматизмы письменной речи. По слонам одной из больных, она общается с богом весьма необычным, «удивительным» образом. Ее рука непроизвольно пишет тексты, причем, сама пациентка узнает о содержании последних позже, лишь прочитав написанное. Пишет, она «не думая», в это время «в голове нет никаких мыслей». Что-то двигает ее рукой, какая-то посторонняя сила, она лишь безропотно ей подчиняется.

Вестибулярные галлюцинации (галлюцинации чувства равновесия). Мнимые ощущения падения, опускания и подъема вверх, как на лифте или в самолете; вращения, кувыркания собственного тела. Может возникать чувство движения окружающих предметов, направленного в определенную сторону либо беспорядочного, хаотического — оптическая буря.

Объектом галлюцинаторного восприятия может быть собственное тело. При сыпном тифе наблюдается чувство удвоения тела — симптом двойника (Гиляровский, 1949). В состоянии спутанного сознания пациент ощущает лежащего рядом с ним другого, точно такого же человека, как он сам. Встречаются галлюцинации перевоплощения в животных (зооантропия): ликантропия — в волка, галеантропия — кошку, кинантропия — собаку. Может возникнуть чувство трансформации в неодушевленные предметы. Так, у больного появилось ощущение,

будто его тело превратилось в легковой автомобиль с ковшем впереди. Больной, как он позже рассказал, передвигался по проезжей части дороги по всем правилам уличного движения: «тормозил», на поворотах «сигналил», сжимая кулаки и т. д. Нормальное ощущение тела на это время исчезло. Феномены подобного перевоплощения могут рассматриваться в качестве галлюцинаторного варианта деперсонализации. Такие явления часто свойственны состоянию онейроидного помрачения сознания.

В зависимости от условий возникновения различают следующие виды галлюцинаций.

Функциональные (дифференцированные) галлюцинации. Развиваются одновременно с восприятием реального раздражителя и в пределах той же модальности

ощущения. Чаще это слуховые, реже — зрительные галлюцинации. Например, под стук колес одновременно слышится повторение фразы: «Кто ты, что ты, кто ты, что ты...». При остановке поезда галлюцинация исчезает. При виде прохожего больной замечает, как из-за спины того выглядывает чья-то голова. В отличие от иллюзий и иллюзорного галлюциноза мнимые образы при функциональных галлюцинациях сосуществуют с адекватным восприятием реальных объектов.

Рефлекторные галлюцинации. В отличие от функциональных, являются имитацией реального стимула в иной модальности ощущения. Больная сообщает: «Слышу стук, кашель, скрип двери, и в то же время отдается в груди — будто там стукнули, кашлянули, повернули». Рефлекторные галлюцинации могут быть отставленными. Так, больная увидела разбитое окно, а несколько позже почувствовала в животе битое стекло. Утром она пролила керосин, а к обеду ощутила, будто «вся пропитана им», даже слышала его запах, шедший изнутри.

Гипнагогические галлюцинации. Возникают в полусне, при засыпании, при закрытых глазах, в состоянии легкой дремоты. Часто предвещают делириозное помрачение сознания. Обычно это зрительные, слуховые, тактильные галлюцинации. Могут появляться иногда двигательные и рече-двигательные галлюцинации — больным кажется что они встают, ходят, говорят, кричат, открывают двери... Гипнагогические галлюцинации четко разграничиваются больными со сновидениями. Понимание болезненности обманов восприятия появляется некоторое время спустя после пробуждения.

Гипнопомпические галлюцинации. Возникают при пробуждении от сна. Обычно это зрительные, реже — слуховые обманы восприятия. Гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации сочетаются с нарушениями сна и могут рассматриваться как частные варианты онирических обманов восприятия. Галлюцинации, как показывают клинические наблюдения, могут быть приурочены не только к фазам «медленного» сна. Так, встречаются необычайно яркие сновидения, к которым позже пациенты относятся как к реальным событиям. По-видимому, галлюцинации возникают и в фазу «быстрого» сна.

Галлюцинации Боннэ. Впервые описаны у больного, страдавшего старческой катарактой. Их появление связано с патологией глаз — катаракта, отслойка сетчатки, воспалительные процессы, операции на глазном яблоке. Это

зрительные единичные или множественные, сценopodobные, в ряде случаев окрашенные и подвижные видения людей, животных, пейзажей. При малой интенсивности галлюцинаций критическое отношение пациентов к ним сохраняется. С усилением галлюцинаций понимание болезненности исчезает, появляется тревога, страх, нарушается поведение. Поражение аппарата улитки, невриты слухового нерва, серные пробки могут способствовать развитию слуховых обманов. Появление галлюцинаций Бонне связано с патологической импульсацией из рецепторов, а также с сенсорной гипостимуляцией. Каждый из упомянутых факторов и в отдельности может облегчить развитие галлюцинаций. Как показывают многочисленные исследования, в условиях перцептивной и сенсорной депривации (ограничении потока внутренних и внешних стимулов) развиваются разнообразные психические нарушения — иллюзия поворота тела, снижение порога зрительной чувствительности, галлюцинации. Отмечают значительное феноменологическое сходство упомянутых нарушений с симптомами шизофрении. Гиперстимуляция также может облегчать появление галлюцинаций и оказывать влияние на их клиническую структуру. Зубная боль сопровождается иногда слуховыми галлюцинациями с проекцией в пораженные зубы. Слуховые галлюцинации чаще усиливаются в тишине и исчезают в шумной обстановке, но бывает и так, что шум способствует их появлению.

Педункулярные галлюцинации Лермитта. Возникают при поражении ствола мозга в области ножек. На фоне неполной ясности сознания наблюдаются зрительные лилипутные обманы зрения, обычно в вечерние часы, перед сном. Воспринимаются животные, птицы, обычно подвижные и окрашенные в естественные цвета. Критика к галлюцинациям может сохраняться. По мере их усиления она исчезает, присоединяется, тревога, страх.

Галлюцинации Плаута. Описаны при нейроллезе. Характерны громкие вербальные обманы, возможны бредовая трактовка с утратой критического отношения к ним, нарушения поведения.

Галлюцинации Ван-Богарта. Наблюдаются при лейкоэнцефалите. Множественные цветные видения зоологического содержания (животные, рыбы, птицы, бабочки) появляются в промежутках между приступами повышенной сонливости и сопровождаются беспокойством, нарастанием аффективной окраски мнимых образов. В последующем развивается делирий, сложные акустические

расстройства, амнезия на период нарушенного сознания.

Галлюцинации Берце. Комбинированные оптико-кинестетические обманы восприятия. Больные видят на стенах светящиеся телеграммы, написанные чьей-то невидимой рукой. Встречаются при алкогольных психозах. Мы наблюдали пациентов с шизофренией, читавших на стене короткие печатные, обычно стереотипные фразы, не имевшие какого-то ясного смысла. Фразы появлялись спонтанно, но могли возникать и после того, как внимание пациента удавалось привлечь к этому феномену.

Галлюцинации Пика. Зрительные обманы в виде людей, животных, воспринимаемых сквозь стены здания. Во время галлюцинаторных эпизодов у пациентов выявляются нистагм, диплопия. Описаны при поражении ствола мозга в области четвертого желудочка.

Галлюцинации воображения Дюпре. Связаны с длительно вынашиваемыми в воображении представлениями, идеями и созвучны последним по содержанию. Особенно легко развиваются у детей и лиц с болезненно обостренным воображением. В. А. Гиляровский называл подобные галлюцинации идентичными. Близки к ним «параноические рефлекторные галлюцинации воображения» (Завилянский и др., 1989, с. 86) — яркая визуализация образов представления с отчуждением их от личности и проекцией вовне. Галлюцинации нестойки, отрывочны. Генезис их связывают с обостренным болезненным воображением.

Психогенные (аффектогенные) галлюцинации.

Отражают содержание эмоционально окрашенных переживаний в условиях психического потрясения. Характерны психологическая понятность содержания галлюцинаций, близость актуальным переживаниям больного, эмоциональная насыщенность, проекция мнимых образов вовне. Отличие галлюцинаций воображения от психогенных галлюцинаций можно показать на следующих примерах.

Больной, страдавший туберкулезом позвоночника, тяжело переживал физическое уродство. Боялся показываться на людях, считал, что все обращают на него внимание, относятся с чувством брезгливости, смеются над ним. В обществе чувствовал себя очень скованно и думал лишь о впечатлении, которое мог оставить у окружающих о себе. На улице постоянно слышал, как прохожие говорили о нем: «Ну и урод! Какой же урод! Горбун... Конек-горбунок...». В данном случае следует думать о галлюцинациях

воображения, связанных с доминирующими переживаниями физического уродства и соответствующими ожиданиями.

Молодая женщина после смерти единственного ребенка две недели находилась в психотическом состоянии. Днем, чаще вечером, ночами видела свою дочь, слышала ее голос, разговаривала с ней, ласкала ее, заплетала волосы, кормила, собирала в школу, встречала по возвращении с уроков. В это время не сознавала, что дочери нет в живых. В последнем случае речь идет о психогенных галлюцинациях, характеризующих реактивный психоз. Психогенные включения нередко звучат в галлюцинациях эндогенных больных. Так, в психозе пациента, потерявшего жену, слышится ее голос, и сама она видится живой, так как больной сумел «оживить» ее. Возникновению психогенных галлюцинаций способствуют истерические черты характера, высокая внушаемость.

Психогенные галлюцинации, очевидно, связаны с активизацией механизмов психологической защиты. Содержание обманов восприятия часто воспроизводит желаемую обстановку, в то же самое время реальная, психотравмирующая ситуация игнорируется, представления о ней вытесняются.

Ассоциированные галлюцинации Сегла. Развиваются в клинической картине реактивных психозов. Фабула галлюцинаций отражает содержание психотравмирующих событий. Обманы восприятия появляются в логической последовательности: «голос» объявляет о факте, который тотчас видится, чувствуется. Ассоциированные галлюцинации могут возникать также при шизофрении. Так, «голос» говорит следующее: «Хочешь увидеть меня, иди в туалет. В темном углу увидишь меня в облике черта». Больная, действительно, пошла и увидела в туалете черта. В следующий раз «голос» заставил увидеть себя на экране телевизора в образе человека. Иногда он требовал «потрогать» себя, и больная ясно ощущала его шерсть. В другом наблюдении «голос колдуньи» говорил больному о том, как она выглядит. По мере того, что сообщалось, больной начинал видеть глаза, голову, туловище, конечности, затем, наконец, увидел ведьму целиком.

Комбинированные галлюцинации. Наблюдаются комбинации галлюцинаций разной сенсорной модальности, объединенные общностью содержания. Одним из вариантов такого сочетания являются синестезические галлюцинации Майер-Гросса — больные видят перемещающиеся фигуры людей и одновременно слышат их речь; видят цветы и

чувствуют их запах.

Индукцированные (внушенные) галлюцинации.

Возникают под влиянием внешнего внушения. Они могут иметь коллективный характер, чему способствует массивная эмоциональная охваченность, обычно возрастающая в толпе и ведущая к резкому повышению внушаемости. О существовании таких галлюцинаций известно давно, о них упоминается, в частности, в Библии. В толпе, пораженной суеверным ужасом, мистическим экстазом, воинственным пылом, в особенности у легко внушаемых лиц, быстро распространяются разнообразные обманы восприятия, имеющие чаще всего однотипный характер. Внушенные галлюцинации наблюдаются также при индуцированных психозах: обманы восприятия как бы передаются от больного к другим членам его семьи или лицам, находящимся с ним в тесном контакте. Различные галлюцинации, в том числе негативные, могут быть внушены в состоянии глубокого гипнотического сна. По выходе из последнего галлюцинации амнезируются.

Существует особая разновидность галлюцинаций, которые могут быть вызваны у больных с помощью специальных приемов. Симптом Липмана — белогорячечные зрительные галлюцинации появляются в момент надавливания на закрытые глаза пациента. Симптом Ашаффенбурга — по настоятельной просьбе пациент слышит мнимую речь и разговаривает по телефону (который отключен от сети или неисправен). Симптом Рейхардта и Ригерта — больного можно заставить «прочитать» какой-либо текст на чистом листе бумаги. Симптом Пуркинье — надавливание на закрытые глаза пациента способствует появлению элементарных зрительных галлюцинаций. Проба Бехтерева — появление зрительных образов, внушаемых при легком надавливании на опущенные веки пациента. Проба Осипова — больной ощущает в кулаке мнимый предмет, который врач будто бы вложил ему туда. Наличие упомянутых симптомов свидетельствует о повышенной готовности к галлюцинированию. Особенно часто указанные симптомы бывают положительны при алкогольных психозах.

Псевдогаллюцинации. Впервые выделены и детально изучены русским психиатром В. Х. Кандинским (1890). Наиболее характерными для псевдогаллюцинаций В. Х. Кандинский считает следующие признаки:

— мнимые образы переживаются как находящиеся в представляемом пространстве, то есть, в отличие от истинных галлюцинаций они не проецируются в реальное

пространство;

— псевдогаллюцинаторные образы отличаются от обычных образов представления тем, что носят произвольный, назойливый характер, им свойственны также завершенность, законченность образов, их детализация, они сопровождаются «чувством мучительности и тоскливости»;

— псевдогаллюцинаторные образы, если отсутствует помрачение сознания, не имеют характера объективной действительности и не смешиваются больными с реальными объектами.

Первая особенность псевдогаллюцинаций клинически проявляется следующим образом. Со слов больных, они воспринимают нечто не в реальном окружении, а «внутри головы», — «видят умом, головой, внутренним оком, умственным взором, мозгом», «слышат внутренним ухом, внутри головы, слышат головой, умственно». Иногда псевдогаллюцинации обнаруживают тенденцию к проекции за пределы психического «Я». Мнимые образы в этом случае локализуются «в глазах», в непосредственной близости от них, «в ушах, слуховом проходе, у корней волос».

Другой признак псевдогаллюцинаций состоит в том, что они, в отличие от образов представления, возникают спонтанно, произвольно, вопреки желанию и направлению внутренней активности больных, устойчиво удерживаются в их сознании. Иными словами, псевдогаллюцинации субъективно переживаются как «сделанные», возникающие под воздействием каких-то внешних сил. Чувство собственной активности, нередко сопровождающее восприятие истинных галлюцинаций, при псевдогаллюцинациях отсутствует: последние «внедряются», «вторгаются» в сознание пациента, переживаются как нечто чуждое его личности. Следует заметить, что упоминание «подстроенности», «сделанности» может сопутствовать различным психопатологическим феноменам, включая истинные обманы восприятия. Феномен «сделанности» при псевдогаллюцинациях — это непосредственное, чувственное явление в отличие от бреда инсценировки, где происходящее в реальности и в обманах восприятия расценивается в контексте искусственно созданной ситуации. Возникновение и содержание псевдогаллюцинаций зачастую совершенно изолировано от того, что воспринимается в действительности или в данный момент переживается. Важной особенностью псевдогаллюцинаций вместе с тем является то, что внутренние аспекты «Я» не подвергаются в них столь тотальному отчуждению, как это свойственно галлюцинациям. Как указывают В. М. Банщиков,

Ц. П. Короленко и др. (1971), истинные галлюцинации адресованы скорее физическому «Я», в то время как псевдогаллюцинациям более свойственна направленность на психическое «Я» больных. Указанная особенность псевдогаллюцинаций выражается, в частности, в том, что псевдогаллюцинаторные персонажи нередко сами идентифицируют себя с личностью пациентов. Так, звучащий «в затылке» голос, говорит больной: «Я — твой мозг. Все, что ты слышишь от меня, — правда. То, что я заставляю делать, ты будешь выполнять, так как мои желания — это твои желания». Особенно это наглядно, когда псевдогаллюцинациям сопутствуют истинные обманы восприятия. При этом «внешние голоса» воспринимаются как «посторонние», а «внутренние голоса» переживаются с ощущением близости к «Я», в интимной связи с внутренним миром пациента — «голос мой, как будто моя душа со мной разговаривает». Пациентка одновременно слышит голоса «в душе», «в голове справа» и вне себя, полагая, что временами внутренние разговоры «выходят наружу». При этом утверждает, что все эти голоса звучат как «ее собственный». Псевдогаллюцинаторные образы отличаются от образов представления чувственной яркостью, сенсорностью, детализацией, порой не уступая в этом отношении истинным галлюцинациям.

Третья особенность псевдогаллюцинаций состоит в том, что они не смешиваются с образами восприятия и представления. Больные говорят об «ином мире», «другом измерении», «об особых видениях и голосах» и уверенно отличают их от внешних объектов и воспоминаний. На высоте приступа болезни псевдогаллюцинации могут отождествляться больными с реальностью (Сум-баев, 1958). Критическое отношение к псевдогаллюцинациям отсутствует.

Следует отметить, что внутренняя проекция обманов восприятия свойственна не только псевдогаллюцинациям.

Иллюстрацией к изложенному может служить следующее наблюдение. Больной на протяжении ряда лет слышит «голоса», воспринимая их «внутри головы». Этих «голосов» обычно несколько — от семи до двенадцати, иногда остается один-два, временами их становится очень много. Больной считает, что звучит его собственный голос, он может «раздваиваться» или разделяться на множество отдельных голосов. Все голоса, по мнению больного, носят его собственное имя. Они говорят между собой о нем, на другие темы, обращаются непосредственно к нему, он может разговаривать с ними. Воспринимаются отчетливо, с ясно выраженным оттенком звучания, порой «голоса» громко

кричат. Больной называет их «галлюцинацией», не смешивает с разговорами окружающих. Вместе с тем, он думает, что в голове живут и разговаривают «невидимые, маленькие люди», которые рождаются, живут и умирают. Обманы восприятия сопровождаются весьма тягостным чувством, желанием избавиться от них, сознание болезни вместе с тем отсутствует.

Как подчеркивает А. В. Снежневский (1970), псевдогаллюцинациям патогномонично чувство насильственного воздействия извне. Больные сообщают, что «голоса» звучат не сами по себе, а их «делают, передают, транслируют, вызывают, внушают, вкладывают» посредством специальной аппаратуры, гипноза. Источник «голосов» может локализоваться больными на большом расстоянии; «передачи» осуществляются с помощью волн, токов, лучей, биополя, которые преобразуются, «озвучиваются» мозгом или особыми устройствами, размещенными в голове. Точно также больным «делают видения, показывают образы, демонстрируют картины», «вызывают запахи», «раздражают внутренние органы», «прижигают кожу», «заставляют двигаться» и т. п.

Насильственный оттенок переживания обманов восприятия некоторые исследователи трактуют иначе. В. А. Гиляровский (1949) не склонен употреблять в качестве синонимов псевдогаллюцинации Кандинского и психические галлюцинации Байярже, отчуждаемые от «Я». По мнению И. С. Сумбаева (1958), следует разграничивать псевдогаллюцинации Кандинского, обнаруживающиеся при наличии единого «Я» больного и психические галлюцинации, развивающиеся при расстройстве самосознания в форме удвоения «Я» и характерные для синдрома Кандинского-Клерамбо. Автор считает, что возникающие с характером отчуждения психические галлюцинации Байярже — это особый вид болезненных идей (ксенопатические идеи Гиро).

Объективные признаки обманов восприятия и образов представления. Помимо субъективных существуют внешние (объективные) признаки обманов восприятия, различные при галлюцинациях и псевдогаллюцинациях. Прежде всего это поведенческие реакции больных на факт и содержание возникающих обманов.

К галлюцинациям больные относятся по существу точно также, как к соответствующим реальным явлениям. Пациенты пристально во что-то всматриваются, отворачиваются, закрывают глаза, озираются, отмахиваются, защищаются, пытаются дотронуться или схватить что-то рукой, прислушиваются, затыкают уши, принимают,

закладывают носовые проходы, облизываются, сглатывают слюну, сплевывают, сбрасывают что-то с поверхности тела. Под влиянием галлюцинаций совершаются различные поступки, отражающие содержание обманов восприятия: больные прячутся, что-то отыскивают, ловят, нападают на окружающих, пытаются убить себя, разрушают предметы, обороняются, спасаются бегством, обращаются с жалобами в соответствующие учреждения. При слуховых галлюцинациях разговаривают вслух с «голосами». Как правило, больные считают, что окружающие воспринимают то же, что и они в галлюцинациях — слышат такие же голоса, испытывают те же видения, ощущают запахи. Отчетливо выражены эмоциональные реакции, характер которых отражает содержание обманов восприятия: страх, ярость, отвращение, восторженность. Наблюдаются также вегетативные реакции, возникают своеобразные соматические ощущения, сопутствующие галлюцинациям.

Иначе обстоит дело при псевдогаллюцинациях. Как правило, отсутствуют признаки внешней направленности внимания. Больные поглощены своими переживаниями, на происходящее вокруг отвлекаются с трудом, без всякого интереса. Псевдогаллюцинации часто сопровождаются внешним бездействием больных. Нарушения поведения тем не менее могут иметь место, особенно если возникают обманы восприятия угрожающего и императивного содержания. Больные с псевдогаллюцинациями обычно уверены в том, что обманы восприятия касаются только их и не распространяются на окружающих. При вербальных псевдогаллюцинациях, в отличие от истинных, больные «общаются» с «голосами» мысленно, внешне незаметным образом, а не вслух. «Общение» может быть произвольным: пациентка говорит, что «мысленно, поневоле» должна была отвечать на вопросы «голосов».

Галлюциноиды. Начальные или рудиментарные проявления зрительных галлюцинаций. Им свойственны фрагментарность, сенсорность, тенденция к экстеропроекции образов при нейтральном созерцательном и обычно критическом отношении к ним больных (Ушаков, 1969). Е. А. Попов указывает, что галлюциноиды являются промежуточной стадией при развитии или исчезновении истинных галлюцинаций (1941).

Эйдетизм. Способность некоторых лиц мысленно представлять и длительно сохранять яркий образ объекта или целые картины после того, как эти объекты или картины были восприняты. Чаще выражена в отношении зрительных, тактильных и слуховых образов. Впервые описана V. Urbantschitsch в 1888 г. В отечественной литературе

явление эйдетических образов описано А. Р. Лурия, наблюдавшего человека с феноменальной зрительной памятью. Эйдетические образы могут сохраняться неизменными 10 секунд и более. Некоторые эйдетики способны вызывать эйдетические образы много позже того, как они были зафиксированы. Чаще эйдетические способности встречаются в детском и юношеском возрасте, в дальнейшем постепенно исчезают, сохраняясь лишь у некоторых взрослых людей. Такими яркими образами обладали некоторые известные художники. В связи с этим одни исследователи рассматривают эйдетизм как стадию возрастного развития памяти, другие — как более или менее постоянную конституциональную черту личности.

Показано, что проявления эйдетизма могут быть и временной болезненной особенностью лиц, страдающих галлюцинациями (Попов, 1941). Иллюстрацией может служить следующее клиническое наблюдение. В остром психотическом состоянии наряду с галлюцинациями у больного шизофренией возникали разнообразные эйдетические образы. По его словам, он достиг высшей степени йоги — «раджа-йоги». Больной легко вызывал яркие образы известных ему людей, произведений искусства, иллюстраций к книгам, воспроизводил бытовые сцены прошлого. Отчетливо, со звучанием вспоминал знакомые мелодии. Под аккомпанемент музыки в красочные зримые картины облекались продукты его фантазии. Образы могли быть неизменными либо произвольно сменялись, комбинировались. По выходе из состояния острого психоза эйдетические образы исчезали.

Пожалуй, не следует отождествлять эйдетические образы с динамичными и очень яркими воспоминаниями, упомянутыми в только что приведенном наблюдении. Строго говоря, эйдетический образ — пассивный статичный отпечаток только что воспринятого из реального мира. Особая яркость воспоминаний у психических пациентов зачастую касается не только свежих, но и далеких впечатлений. Столь же яркими могут быть образы фантазии. Игра воображения при этом носит скорее пассивный характер и направляется кататимными механизмами. При усилении оформляется в бредоподобные фантазии, в образный бред, а при значительном обострении болезненного состояния — в галлюцинации.

Эйдетизм, как и галлюцинации, можно определить как «восприятие без объекта». В отличие от галлюцинаций эйдетизм является результатом действия предшествующих внешних раздражителей, образы возникают и исчезают произвольно, не идентифицируются с реальностью. От

обычного образа представления эйдетический отличается высокой степенью сенсорности и детализации.

При психическом заболевании может наблюдаться также ослабление или утрата способности к представлениям и ярким воспоминаниям. Так, больная в депрессии «потеряла представление» о том, как выглядят муж, дети, родственники-, знакомые, «забыла», какова ее квартира, боится, что не сможет узнать свой дом. Не может вспомнить запах духов, не припоминает ни одной мелодии, забыла, как звучат голоса близких. Лишь изредка и ненадолго в ее сознании появляются скупые и блеклые образы прошлого. До болезни, по ее словам, она всегда отличалась хорошей образной памятью. Выпадение образов представления — признак интеллектуальной заторможенности, свойственной депрессивным состояниям.

Нарушения сенсорного синтеза. Искаженное восприятие величины, формы своего тела и окружающих предметов. Идентификация объектов, в отличие от иллюзии, при этом не нарушена.

Метаморфопсии. Нарушение восприятия размеров и формы предметов и пространства в целом. Предметы кажутся увеличенными — макропсия, уменьшенными — микропсия, перекрученными вокруг оси, удлинненными, скошенными — дисмегалопсия. Вместо одного видится несколько одинаковых предметов — полиопсия. Искажение схемы воспринимаемых предметов обычно сопровождается изменением восприятия структуры пространства. Оно сокращается, удлиняется, предметы отдаляются, приближаются, улица кажется бесконечно длинной (порропсия), здания видятся более высокими, низкими, короткими, чем они есть на самом деле.

Метаморфопсии возникают вследствие органического повреждения теменно-височных отделов головного мозга. Поскольку восприятие пространственных отношений обеспечивается правым (субдоминантным) полушарием, следует ожидать, что метаморфопсии связаны с топикой очага поражения в правой гемисфере. Весьма часто метаморфопсии наблюдаются в клинической структуре парциальных эпилептических припадков. Нередко встречаются жалобы пациентов, внешне напоминающие метаморфопсии, но в действительности обусловленные иными причинами. «Все как-то отодвинулось, воспринимается маленьким, как на удаленном расстоянии». Здесь нет собственно искажения восприятия размеров и структуры предметов, речь идет об утрате сопереживания,

эмоционального отклика, ощущения чуждости окружающего.

Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела).

Искажение формы или величины своего тела. При тотальной аутометаморфопсии тело воспринимается увеличенным — макросомия, уменьшенным — микросомия. При парциальной аутометаморфопсии увеличенными либо уменьшенными воспринимаются отдельные части тела. Иногда чувство увеличения одной части тела воспринимается одновременно с ощущением уменьшения другой. Тело, какая-либо его часть может восприниматься изменившейся лишь в одном измерении — казаться удлинённой, вытянутой, укороченной. Изменения могут касаться объема, формы: утолщение, похудание. Голова, к примеру, кажется «квадратной». Указанные нарушения возникают чаще при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Они могут быть постоянными, либо эпизодическими, появляющимися особенно часто при засыпании. При резко выраженных нарушениях тело воспринимается искаженным до неузнаваемости, в виде бесформенной массы. Так, при закрытых глазах больная ощущает свое тело в виде лужицы, растекающейся по стулу, сбегаящей на пол и расплывающейся по его щелям и трещинам. При открытых глазах тело воспринимается нормально.

Может быть нарушено восприятие положения частей тела в пространстве: голова кажется повернутой затылком вперед, ноги и руки — вывернутыми, язык — свернувшимся в трубочку. У одной из больных появлялось ощущение, будто ноги подняты вверх, охватили шею и сплелись вокруг нее. Встречается нарушение восприятия единства тела, отдельные его части ощущаются в разобщении друг от друга. Голова воспринимается на некотором расстоянии от туловища, крышка черепа как бы приподнимается и висит в воздухе, глаза вышли из орбит и находятся впереди лица. При ходьбе кажется, будто нижняя часть тела идет впереди, а верхняя находится позади, ноги ощущаются где-то сбоку. Тело может восприниматься как механическое соединение отдельных частей, «рассыпавшимся, склеенным».

Явления аутометаморфопсии неоднородны. Часть их несомненно, обусловлена локальными органическими повреждениями головного мозга, в других случаях их следует рассматривать в контексте соматопсихической деперсонализации. Дифференциальная диагностика весьма затруднена.

Обманы ориентации в пространстве могут проявляться в виде синдрома поворота окружающего. Окружающее кажется повернутым на 90 или 180° в горизонтальной, реже

— в вертикальной плоскости. Различают просоночный, ситуационный и «припадочный» варианты синдрома поворота окружающего (Короленок, 1945). В первом случае нарушение ориентации возникает в состоянии просоночной оглушенности, обычно в темноте при закрытых глазах. Проснувшись, больной долго не может сообразить, где находится дверь, окна, в какой стороне его голова, ноги. Ситуационные обманы ориентации возникают в бодрствующем состоянии при функционирующем зрении, но лишь в особой пространственной ситуации—локализации основного ориентира вне поля зрения. «Припадочный» вариант синдрома поворота наблюдается в бодрствующем состоянии, в обычной пространственной ситуации и связан, как предполагается, с преходящими вегетативно-сосудистыми нарушениями в системах, обеспечивающих восприятие пространства. Может сочетаться с явлениями дереализации.

Расстройства восприятия времени. Нарушение восприятия скорости и плавности течения времени, а также темпа течения реальных процессов. Течение времени может восприниматься ускоренным — время идет быстро, незаметно, длительность временных интервалов кажется резко сократившейся. Больная сообщает, что не замечает, как идет время. Ей кажется, что не наступил и полдень, тогда как на самом деле уже вечер. Она прилегла немного отдохнуть и не заметила, как прошел день. Утром просыпается с чувством, что только что легла, едва успела закрыть глаза, ночь пролетела в одно мгновение. Течение времени может восприниматься замедленным — «ночь, кажется, никогда не кончится...

просыпаюсь с ощущением, что должно быть утро, погляжу на часы, а спал всего несколько минут...». Иногда возникает чувство остановки времени: «Время не идет, стоит на месте». Может появляться ощущение дискретности времени, его разорванности — в сознании фиксируются лишь отдельные моменты, а интервалы между ними не оставляют в памяти никакого следа, прерывается цепь событий, время внезапно, без последовательного развития, в виде скачка становится прошлым. «Кажется, за утром тотчас следует вечер, солнце тут же сменяется луной, люди идут на работу и сразу возвращаются обратно...». Может утрачиваться различие между прошлым, настоящим и будущим: «Прошрое, настоящее и будущее находится в одной плоскости, они рядом, и я могу переставить их, как карточки, с одного места на другое. Не удивлюсь, если увижу на улице рыцаря или гладиатора — они для меня не в прошлом, а в сегодня. Я говорю с вами сейчас, и это останется во мне как то, что происходит теперь, а для вас уйдет в прошлое. Будущее тоже

происходит сейчас, это не то, что будет когда-то, но уже существует в данный момент». Бывает так, что отдаленные события (вспоминаются как только что происшедшие, а случившееся совсем недавно относится к давно минувшему.

Темп течения реальных процессов также может восприниматься ускоренным либо замедленным. Кажется, что транспорт, люди двигаются быстрее обычного, все воспринимается как на ускоренной киноплёнке — цайтрафтер. Иногда, напротив, движения и речь окружающих кажутся замедленными, машины едут необычайно медленно — цайтлюпен.

Восприятие себя может проецироваться вовне. Так, возбужденная больная считает, что это окружающие люди беспокойны и очень быстро двигаются; замедлены движения не у нее, а у присутствующих.

Механизмы возникновения нарушений восприятия изучены недостаточно. Единой теории, объясняющей патогенез галлюцинаций нет. Исторически первой сложилась периферическая теория происхождения галлюцинаций, согласно которой они возникают в связи с болезненным раздражением периферического отдела соответствующего органа чувства (глаз, уха, рецепторов кожи и др.). Периферическая теория ныне утратила свое значение. Установлено, что галлюцинации возникают в большинстве случаев при нормальном состоянии органов чувств. Они могут наблюдаться даже при полном разрушении органов чувств или перерезке соответствующих проводников чувствительности.

С позиций психологической теории возникновения галлюцинаций объясняется усилением образов представления, подтверждение чему виделось в особенностях эйдетизма. Неврологическая теория связывала появление галлюцинаций с повреждением определенных церебральных структур, в частности, подкорковых образований. С. С. Корсаков (1913) отдавал предпочтение центральной теории возбуждения коркового аппарата с иррадиацией этого возбуждения в направлении сенсорного аппарата. О. М. Гуревич (1937) объяснял возникновение галлюцинаций нарушением согласованности летальных и фугальных компонентов восприятия и их дезинтеграцией, чему способствуют нарушения сознания, вегетативной регуляции и расстройства проприоцептивной чувствительности.

Физиологические теории возникновения галлюцинаций, в основном, базируются на учении И. П. Павлова. В основе

галлюцинаций, по И. П. Павлову, лежит формирование очагов патологической инертности возбуждения в различных инстанциях коры головного мозга, обеспечивающих анализ первых и вторых сигналов действительности. И. П. Павлов считал, что указанные нарушения высшей нервной деятельности обусловлены биохимическими изменениями в головном мозге. Е. А. Попов (1941) подчеркивает роль гипноидных, фазовых состояний и в первую очередь парадоксальной фазы торможения в генезе галлюцинаций. Основываясь на фармакологических опытах с применением кофеина и брома и результатах исследований механизмов сна, он показал, что слабые раздражители — следы ранее пережитых впечатлений при наличии парадоксальной фазы торможения могут резко усиливаться и порождать образы представлений, субъективно переживаемые как образы непосредственных впечатлений. А. Г. Иванов-Смоленский (1933) объяснял экстеропроекцию образов истинных галлюцинаций распространением инертного возбуждения на корковую проекцию зрительной или слуховой аккомодации. Псевдогаллюцинации, по мнению автора, отличаются от истинных галлюцинаций локальностью явлений патологической инертности раздражительного процесса, распространяющегося преимущественно на зрительную или слуховую области.

Сходство патологических изменений психики в условиях изоляции и «сенсорного голода» с психопатологическими явлениями, наблюдающимися при различных психозах, породило исследования, в которых была установлена роль сенсорной депривации в происхождении галлюцинаций. Современные исследователи электрофизиологической природы сна связывают механизм галлюцинирования с укорочением фазы быстрого сна со своеобразной пенетрацией фазы быстрого сна в бодрствование (Snyder, 1963). Многочисленными работами последних десятилетий выявлена связь между появлением различных психических расстройств, в том числе галлюцинаций, и нарушениями обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе. Значительное место отводится нарушениям обмена дофамина и повышению активности дофаминэргических структур головного мозга. Применение в лечении больных психотропных веществ, связывающихся с дофаминовыми рецепторами, например, галоперидола, приводит в ряде случаев к резкому снижению интенсивности галлюцинаций вплоть до полного их прекращения.

Со времени открытия эндогенных морфиноподобных пептидов — энкефалинов и эндорфинов (Huges et al., 1975; Telemacher, 1975) появились указания на то, что некоторые из них осуществляют медиаторные функции в

специфических нейрональных системах мозга. Выдвинута гипотеза о роли эндорфинов в патогенезе психических заболеваний (Verebey et al., 1978; Гамалея, 1979), согласно которой последние связаны с недостатком эндорфинов у рецепторных участков либо с аномалией эндорфинов. Показано, что антагонист эндорфинов — налоксон ослабляет слуховые галлюцинации у больных шизофренией.

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ВНИМАНИЯ

Психопатология.
Часть I
В.А. Жмуров

3.1. Психология внимания

До человека доходит огромное число раздражений, однако он отбирает самые важные из них и игнорирует остальные. Из большого числа возможных движений он совершает лишь некоторые, входящие в состав его действий, и тормозит остальные. Возникает большое число ассоциаций, но он сохраняет немногие и абстрагируется от посторонних, мешающих целенаправленному потоку мышления. Осуществление отбора нужной информации, обеспечение избирательных программ действий и сохранение постоянного контроля над их осуществлением называется вниманием (Лурия, 1975).

Различают следующие основные свойства внимания: объем, распределяемость, устойчивость, концентрированность, переключаемость (Рубинштейн, 1946). Под объемом внимания понимают то число поступающих сигналов или ассоциаций, которые одновременно удерживаются в поле ясного сознания. Считается, что объем внимания равен емкости короткой памяти и составляет 7 ± 2 единиц информации. Концентрация или избирательность внимания характеризуется интенсивностью его сосредоточения на объекте деятельности. Избирательность внимания — это степень помехоустойчивости какого-либо вида деятельности. Чрезмерная концентрация внимания (гиперпрозексия) проявляется рассеянностью, излишней поглощенностью чем-либо, когда не замечаются иные важные стимулы, как внешние, так и внутренние. Распределяемость внимания тесно связана с его объемом, однако речь в данном случае идет о возможности не одного, а, по крайней мере, двухфокального внимания, концентрации его не в одном, а в двух или большем числе разнородных фокусов. Под устойчивостью внимания принято понимать ту длительность, с которой выделенные вниманием процессы сохраняют доминирующий характер. Переключаемость внимания состоит в способности быстро выключиться из одних установок и включиться в новые, соответствующие

изменившимся условиям.

Существует по меньшей мере две группы факторов, которые обеспечивают избирательный характер психических процессов: структура внешних раздражителей (структура внешнего поля) и различные внутренние факторы, относящиеся к деятельности самого субъекта (структура внутреннего поля). К первой группе факторов, определяющих направление, объем и устойчивость внимания, относятся интенсивность раздражителя, его новизна, и структурная организация внешних раздражителей. Ко второй группе факторов, определяющих направление внимания, относится то влияние, которое потребности, интересы и установки субъекта оказывают на его восприятие и деятельность.

Различают два основных вида внимания — непроизвольное, пассивное и произвольное, активное. О непроизвольном внимании говорят в тех случаях, когда око привлекается сильным, новым либо интересным (соответствующим потребности) раздражителем. Механизмы непроизвольного внимания у человека и животных являются общими, их основу составляет ориентировочный рефлекс. Произвольное внимание свойственно лишь человеку. Оно обнаруживается в том, что субъект может намеренно сосредоточивать свое внимание то на одном, то на другом объекте. Механизмы произвольного внимания социальны по своему происхождению и опосредованы внутренними речевыми процессами.

Нарушение внимания является одним из самых важных симптомов патологического состояния и его исследование может внести важные данные в диагностику мозговых поражений (Лурия, 1975). При массивном поражении глубоких отделов мозга (верхнего ствола, стенок третьего желудочка, лимбической системы) могут наблюдаться явления выпадения или угасания ориентировочного рефлекса, а также его инертности. Клинически это проявляется в том, что больные обнаруживают резкие признаки вялости, апатичности, вообще не реагируют на происходящее либо проявляют признаки повышенной возбудимости и чрезмерной отвлекаемости на любые раздражители. Наиболее типичные примеры нарушения высших форм внимания дают больные с поражением лобных долей мозга (особенно медиальных его отделов). Выпадения ориентировочного рефлекса у больных часто не наблюдается, однако сосредоточить их на выполнении какого-либо задания речевой инструкцией оказывается невозможно, речевая регуляция ориентировочного рефлекса

грубо нарушается.

3.2. Психопатология внимания

При **психических заболеваниях могут** возникать такие нарушения внимания, как сужение объема, уменьшение глубины, повышенная истощаемость, тугоподвижность, изменения направленности внимания, парaproзексия, апрозексия, ослабление распределяемости внимания.

Сужение объема внимания. Проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. При выполнении какой-либо работы легко теряются из виду те или иные требования к ней, учитываются одни и не принимаются в расчет другие обстоятельства. Больные становятся рассеянными, забывчивыми. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше, чем они могут удержать в зоне активного внимания. Яркий пример резкого сужения объема внимания приводит Е. Блейлер (1920). Больной прогрессивным параличом прыгает из окна за увиденным на земле окурком, забывая, что находится на втором этаже здания и прыжок опасен. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Уменьшение глубины внимания. Характеризуется преобладанием пассивного внимания над активным. Клинически это выражается повышенной отвлекаемостью, ослаблением наблюдательности, поверхностным характером и неустойчивостью внимания. Больные оказываются не в состоянии центрировать внимание на чем-то одном, долго сосредоточиться на каком-нибудь деле, не доводят начатое до конца, отвлекаясь «а что-либо другое. Им трудно развить мысль до логического завершения, ограничиться рамками темы разговора. Вопросы выслушиваются невнимательно, их приходится повторять, ответы даются невпопад, не продумываются, больные все время отвлекаются посторонними вещами, воспоминаниями, соображениями. Тяжелая степень отвлекаемости внимания — гиперметаморфоз — проявляется полной утратой способности к активному сосредоточению. Внимание распыляется на случайные внешние раздражители и, не задерживаясь на одном объекте, тотчас переводится на

любой другой, оказавшийся в поле зрения.

У детей, которым вообще свойственно преобладание пассивного внимания над активным, нередко встречаются состояния, во время которых они могут подолгу заниматься интересными для них вещами, но при всем том неспособны к делу, требующему волевого усилия. Например, их трудно усадить за уроки, заставить делать что-нибудь скучное. Снижение способности концентрировать внимание (гипопрозеция) наблюдается при астенических состояниях.

Чрезмерная истощаемость внимания. Выражается снижением способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности в силу свойственной больным повышенной утомляемости. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

Тугоподвижность внимания. Проявляется неспособностью к быстрому и частому переключению внимания с одного явления или деятельности на другие, инертностью установок, прилипчивостью, застреваемостью в беседе на какой-либо теме, затруднениями в смене целевых направлений.

Нарушение направленности внимания. Это проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях, отношениях с людьми. Часто ведутся дневники, где скрупулезно описываются переживания, рассуждения о смысле жизни, отражается наивное стремление понять себя или, по выражению больного, «найти сущность своего «Я». Рефлексия становится самоцелью и основным содержанием внутренней жизни, все прочее отодвигается на второй план. При ипохондрической фиксации внимания оно целиком сосредоточено на самочувствии, болезненных ощущениях, вопросах здоровья: «Мой мир сузился, в нем нет ничего, кроме болезни. Я думаю только о ней и ни о чем другом. Все остальное отдалилось и потеряло всякий смысл», — так описывает больной свое состояние. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни. Вспоминаются неприятные эпизоды прошлого, в настоящем выделяются, в основном, мрачные события, восприятие будущего окрашено тонами безысходности. Нередко внимание обращено

преимущественно в прошлое. Весьма характерно, что внимание часто бывает приковано к навязчивым переживаниям, галлюцинациям, бреду до такой степени, что отвлечься от них пациенты не могут. Очевидно, что указанные нарушения сопровождаются выключением высших, произвольных форм внимания.

Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего. В беседе с врачом больной может небрежно отвечать на вопросы, оставить их без внимания, не обнаруживает никакого интереса к тому, что решается, быть может, его судьба. Он занят, главным образом, тем, что разглядывает пятна на стене, вытягивает из одежды и скручивает нитки, чистит ногти, вертит пуговицы, перебирает на столе бумаги, что-то рисует, рассматривает обувь. Как указывает В. А. Гиляровский (1954), одновременно с ослаблением активного внимания пассивное внимание больных шизофренией может сохраняться на достаточно высоком уровне. Больные как будто не обращают на присутствующих никакого внимания, не дают ориентировочных реакций и вообще как бы не реагируют на окружающее. Между тем оказывается, что все происходящее не прошло мимо их внимания, причем ими были подмечены некоторые тонкие, совсем не бросающиеся в глаза детали. Существует гипотеза о связи нарушения внимания при шизофрении с тенденцией больных реагировать на недоминантные стимулы (Broen, Storms, 1966). По мнению D. Shachov (1962), «отклоняющееся внимание» выступает как фундаментальное когнитивное (познавательное) нарушение у больных шизофренией.

Парапрозексия. Своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Апрозексия. Выключение как произвольного, так и непроизвольного внимания, полное отсутствие интереса к происходящему и невозможность пробудить этот интерес с помощью внешнего поощрения.

Ослабление способности к распределению внимания. Связано с ограничением объема внимания. Пациент оказывается не в состоянии заниматься одновременно двумя или большим числом разных дел. Например, он не может отсчитывать от 200 по 13 и называть вслух каждый третий результат, то есть, считать и одновременно следить за порядком названия цифр.

Расстройства внимания в виде истощаемости, неустойчивости, повышенной отвлекаемости являются характерным признаком астенических состояний. При органических нарушениях психики нередко выявляется, помимо этого, значительное сужение объема внимания, его инертность, тугоподвижность. Гиперметаморфоз наблюдается при острых нарушениях психической деятельности, сопровождающихся растерянностью, может возникать на высоте маниакального возбуждения. Патологическая рефлексия чаще всего встречается в начале шизофрении, дебютирующей в подростковом и юношеском возрасте. Ипохондрическая фиксация внимания является одним из важных признаков ипохондрического синдрома. «Отклоняющееся внимание» наблюдается при шизофрении.

ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ

Психопатология.

Часть I

В.А. Жмуров

4.1. Психология памяти

Память — это психическая функция, которая обеспечивает фиксацию (рецепцию, импрегнацию), сохранение (ретенцию) и воспроизведение (репродукцию) различных впечатлений, дает возможность копировать информацию и пользоваться прежним опытом. Существует, кроме того, особый механизм памяти — импринтинг (запечатление), включающийся вскоре после рождения и фиксирующий объекты первой, наиболее прочной привязанности. Можно говорить также о таком процессе памяти, как забывание, закономерности которого изучены в психологии.

Явления памяти могут в равной степени относиться к эмоциональной сфере и сфере восприятий, закреплению двигательных процессов и интеллектуального опыта. В соответствии с этим различают несколько видов памяти. Образная память — способность запоминать образы предметов: зрительные (зрительная или иконическая память), слуховые (слуховая или эхоическая память), вкусовые и др. Понятием двигательная память определяют способность запоминать последовательность и формулы движений. Выделяют память на внутренние состояния, например, эмоциональные (эмоциональная память), висцеральные ощущения (боль, дискомфорт и т. д.). Возможно формирование матрицы памяти, отражающей характеристики целостной системы связей устойчивого патологического состояния. Эта система связей может воспроизводиться мозгом по памяти даже после того, как патологический фактор уже устранен. Учет этого обстоятельства необходим для понимания патогенеза и лечения хронических заболеваний. Специфической для человека является символическая память, в которой

различают память на слова (символы) и память на мысли, идеи (логическая память).

Индивидуальная память различается по объему, скорости, точности и прочности запоминания. Объем памяти исчисляется количеством информации, которая может быть в ней зафиксирована. Расчеты объема памяти человека показали, что он значительно превосходит возможности современных компьютеров и составляет до 1023 единиц информации. В отношении каждого из упомянутых качеств память одного человека отличается от памяти другого. Встречаются лица, обладающие поразительной памятью. Известно, что феноменальной была память А. Македонского, Сенеки, Римского-Корсакова, Наполеона, Алехина. Наполеон, например, будучи офицером, прочел однажды юридический кодекс Юстиниана и затем на протяжении всей жизни цитировал тексты статей законов наизусть. Запоминание (быстрота, точность, воспоминание) и забывание во многом зависят от личностных качеств, конкретного отношения данного человека к тому, что подлежит запоминанию.

Запоминание связано с отношением к впечатлениям. Так, родители, читающие детям бесконечные нотации, напрасно рассчитывают на то, что дети их запомнят — негативные впечатления плохо запоминаются. Важное значение для запоминания имеет спонтанность мышления — умственные стереотипы приводят к интеллектуальной слепоте. Очевидно, что и запомнить лишнее сложно и незачем. Способствуют лучшему запоминанию частые рассказы о каких-то впечатлениях. Плохие рассказчики обычно не пишут мемуаров. Весьма важным для запоминания является состояние сознания и чувств, тот контекст, в котором существует событие. Тульвинг с соавторами выдвинули гипотезу о специфичности кодирования впечатлений в зависимости от ситуации. Известно, что лучше запоминается то, что нужно, интересно или то, что оказалось незавершенным. Так, досадные ситуации, в которых не удалось поставить точку, помнятся особенно долго. Улучшает запоминание проговаривание впечатлений, которые благодаря этому интегрируются в словесно-логические структуры памяти. Наконец, материал запоминается лучше при углублении «в предмет, когда он связан с другими фактами в различных контекстах и под разными углами зрения.

При воспоминании, как и запоминании, важен контекст, наличие опорных точек, объектов для сравнения. Поэтому именно узнавание, а не оторванные от контекста воспоминания считаются более надежным показателем

фактически усвоенного материала (т. е. тесты на выбор верных ответов).

В забывании, как упоминалось, важную роль играет вытеснение (мотивированное забывание). Пожилые люди скорее забывают недавние события. В основном потому, что им труднее организовать информацию, которую предстоит вспомнить. Забывание событий первых трех-четырех лет жизни — детская амнезия, связывается с разными причинами, особое значение придается неразвитому самосознанию. Быстро забывается неиспользованная информация, чему немало способствует традиционная система обучения — она не учит пониманию важности полученных в годы образования знаний. Забывание связано также с таким явлением, как интерференция. Проактивная интерференция выражается в том, что события, происшедшие до запоминания, ему мешают. Запоминанию могут мешать также события, случившиеся после запоминания — ретроактивная интерференция.

Существуют различные приемы запоминания — мнемотехника. Это, например, метод локальной привязки, метод группировки, метод акронимов и акростихов и многие другие. Использование приемов мнемотехники позволяет намного улучшить эффективность памяти.

Различают произвольную и произвольную память. В первом случае запоминание сопровождается деятельностью человека и не связано со специальным намерением запомнить что-либо. Произвольное запоминание связано с предварительной установкой на запоминание. Оно наиболее продуктивно и лежит в основе всякого обучения, но требует соблюдения специальных условий (осмысливание запоминаемого материала, предельное внимание и сосредоточенность).

Ранние формы произвольной памяти (в далеком историческом прошлом, у детей) проявляются в виде запоминания одного предмета через другой (например, хранение локона волос). Позже опосредованное запоминание осуществляется через действие (чтобы вспомнить забытое, надо выполнить действие, связанное с желаемым воспоминанием, например, вернуться на прежнее место). Более высокая ступень произвольного запоминания связана с использованием речевых инструкций. Наконец, зрелая форма произвольной памяти опосредована мышлением, организацией материала в логическую последовательность. Можно ожидать, что регресс памяти в условиях патологии осуществляется в обратной

последовательности.

В зависимости от организации процессов памяти и длительности удержания информации различают непосредственную, кратковременную, промежуточную (буферную) и долговременную виды памяти. Первые три вида иногда объединяют в кратковременную память. Каждая из них реализуется на основе различных механизмов, обладает различной емкостью, спецификой фиксируемых данных. Кратковременная память делится также на так называемый непосредственный отпечаток, промежуточную форму кратковременной памяти (или стадию консолидации) и оперативную память.

Непосредственный отпечаток характеризуется достаточной емкостью, длительность хранения информации не превышает одной секунды. Функциональное значение этого вида памяти состоит в продлении эффекта коротких внешних сигналов на время, достаточное для оценки их значения в центральной нервной системе и отбора полезной информации. Кроме того, непосредственная память обеспечивает непрерывный характер восприятия. Это модально-специфическая память с рядом хранилищ для каждого канала сенсорной информации.

Иллюстрацией к работе сенсорной памяти могут служить последовательные образы, то есть, впечатления, сохраняющиеся некоторое время после разглядывания объекта. Положительные последовательные образы возникают при закрытых глазах, если перед тем глядеть на источник света и потом от него отвернуться. Несколько секунд будут видны затем светящиеся пятна. Отрицательные последовательные образы появляются после длительной (30 секунд) фиксации цветного изображения. Если после этого смотреть на лист серой бумаги, возникает изображение в цветах, комплементарных исходному цвету (вместо красного — зеленый, синего — желтый, светлого — темный и наоборот). Механизмы последовательных образов связывают с деятельностью низших зрительных центров.

Затем информация из непосредственной переводится в кратковременную память. Это модально-неспецифический вид памяти (с одним накопителем информации). Информация представлена абстрактным последовательным кодом. Объем кратковременной памяти равен 7 ± 2 структурным единицам или блокам, каждый из которых может быть обозначен одним словом или короткой фразой. С этим психологи связывают «магию» цифры 7. Процессами кратковременной памяти можно управлять произвольно. Время хранения информации в памяти — до 20 секунд —

срок, достаточный для опознания, отбора и кодирования сигналов. Работу кратковременной памяти иллюстрируют явления эйдетизма. Эта форма памяти отличается повышенной чувствительностью к различным внешним воздействиям (интоксикации, гипоксия, травмы, аффекты). Оперативная память, как разновидность кратковременной памяти, служит для удержания информации по ходу ее извлечения из долговременной памяти в процессе осуществления тех или иных видов деятельности и имеет исключительно большое значение при реализации почти всех психических процессов.

Промежуточная (буферная) память имеет единственное хранилище информации, в котором она удерживается до трех суток. «Очищение» запасников памяти происходит, как предполагают, во сне, чему соответствуют сновидения с тематикой свежих событий. Для этого информация из промежуточной направляется в кратковременную память, там интерпретируется и только затем поступает на хранение в долговременную память.

Долговременная память обеспечивает хранение впечатлений практически на протяжении всей жизни. Долговременная память имеет двигательные, образные и словесные структуры. В каждой из них существует два блока информации. В первом последняя хранится в организованном виде и активно используется. Это примерно 10 % всех запасов долговременной памяти (в среднем). В другом блоке информация неорганизована и произвольному воспроизведению у большинства людей недоступна.

Различают ряд форм организации материала долговременной памяти:

- пространственную, позволяющую установить опорные пункты и связи в нашем физическом и социальном окружении. Лежит в основе «когнитивных карт», связующих в одно целое разные элементы поля;
- линейную, например, по алфавиту, дням недели и т. п.;
- ассоциативную, т. е. по каким-то общим признакам — цвету, начальной букве и т. п.;
- иерархическую, т. е. по принадлежности к более общей или специальной категории (например, «животные», «растения» и т. п.);

Тулвинг различает эпизодическую и семантическую память. В первой, «автобиографичной» хранятся личные

впечатления индивидуума. Во второй — структуры, позволяющие понять мир: понятия, нормы, законы, правила. До сих пор не известно о конкретных способах извлечения информации из долговременной памяти, которые субъективно протекают подсознательно и чрезвычайно быстро.

Механизмы непосредственной памяти связывают с изменениями на уровне рецепторов. Работу кратковременной памяти объясняют циркуляцией импульсов в замкнутых нейронных цепях. Стадия консолидации памяти представляет собой латентный период длительностью от 15 до 60 мин. В течение этого времени нейронные контуры кратковременной памяти должны быть неактивными. Разные воздействия на мозг в этот период могут привести к стиранию следов памяти и амнезии.

После стадии консолидации информация переходит в долговременную память. Механизмы последней согласно гипотезе Хебба, связаны с длительным изменением синаптических связей. Биохимическая теория памяти Хидена объясняет механизм долговременной памяти с процессами образования РНК. Основным субстратом хранения памяти считается синапс. Не исключается возможность участия в этом нейроглии. Гипотеза Лэшли о существовании центра памяти не подтвердилась. Тем не менее есть все основания считать, что гиппокамп и связанные с ним образования (миндалевидное тело, ядра зрительного бугра, мамиллярные тела) играют особо значительную роль в фиксации и хранении следов памяти. Установлено, что двустороннее поражение гиппокампа приводит к грубым нарушениям памяти, которые известны в клинике под названием «корсаковский» или «лимбический» синдром. Поражение мозговой коры никогда не приводит к общему нарушению следов памяти, однако, при этом наблюдается выпадение возможности закреплять следы модально-специфических раздражений, соответствующих локализации поражения. Поражение лобных долей больших полушарий специфически нарушает способность произвольного управления функцией памяти, но не препятствует бесконтрольному, пассивному запечатлению и репродукции следов памяти. Повреждение височных областей коры приводит к нарушению правильной последовательности воспроизведения памятных следов.

4.2. Психопатология памяти

Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта. Различают

количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения (парамнезии), при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти включают амнезию, гипермнезию и гипомнезию.

Амнезия. Выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени. Различают следующие виды амнезии.

Фиксационная амнезия. Утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения. Резко ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания. Ориентировка в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации нарушена — амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия является важнейшим признаком корсаковского синдрома, наблюдающегося при корсаковском психозе, черепно-мозговых травмах, атеросклеротических, других органических психозах, интоксикациях (например, окись углерода), атрофических процессах (старческое слабоумие, болезнь Альцгеймера). При фиксационной амнезии нарушение касается механизмов кратковременной, а возможно и непосредственной памяти. Существуют экспериментальные доказательства того, что при фиксационной амнезии нарушается скорее репродукция, а не процессы запечатления: так, пациент, которому при рукопожатии незаметно наносят укол иглой, со временем перестает протягивать руку для приветствия.

Прогрессирующая амнезия. Постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону Рибо-Джексона; от частного — к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного — к тому, что было приобретено раньше, прочнее закреплено, более организовано и автоматизировано; от менее эмоционально насыщенного — к более эмоционально значимому. Долше всего сохраняются следы двигательной и эмоциональной памяти — двигательные навыки (привычные действия, походка, жесты), характер аффективных реакций на определенные ситуации. Различают несколько этапов развития прогрессирующей амнезии. На первом этапе наблюдается резкое снижение памяти на текущие события — фиксационная амнезия. Память на прошлое может быть

удовлетворительной или даже несколько повышенной (иногда оживление памяти на прошлые события достигает степени гипермнезии). На втором этапе амнезии присоединяются пробелы памяти на события, предшествовавшие началу заболевания, а затем все более отдаленные — ретроградная амнезия. На третьем этапе сохраняются разрозненные и очень скудные воспоминания, относящиеся, в основном, к детским годам жизни. Путаются события, даты, не узнаются родственники и знакомые, теряются воспоминания о самых важных эпизодах жизни. Не узнаются свои фотографии. Собственное изображение в зеркале принимается за облик незнакомого человека — симптом зеркала. Нарушены все виды ориентировки. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент — экмнезия. Экмнезии, которые впервые выделил Питр (1882), представляют собой яркие воспоминания прошлых событий, имевших место перед теми, которые подверглись амнезии. И. С. Сумбаев указывает, что такая амнезия может быть обусловлена истерическими механизмами или постгипнотическим внушением. В острых психотических состояниях экмнестические воспоминания могут приобретать иллюзорно-галлюцинаторный характер. В настоящее время экмнезии отождествляются с конфабуляциями (экмнестические конфабуляции), но это едва ли можно считать оправданным, если понимать под конфабуляциями вымыслы с характером воспоминания. Как видно, при прогрессирующей амнезии страдают все виды памяти (кратковременная, промежуточная, долговременная).

Прогрессирующая амнезия наблюдается при атрофических процессах, прогрессивном параличе, прочих грубо органических поражениях.

Ретроградная амнезия. Выпадение памяти на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания, грубо органическому повреждению головного мозга, гипоксии (например, самоповешение), развитию острого психотического синдрома. Амнезия может распространяться на различные по продолжительности отрезки времени — от нескольких минут, часов, дней до ряда месяцев и даже лет. Пробел памяти может быть стойким, стационарным, но во многих случаях воспоминания частично или полностью позднее возвращаются. В последнем варианте речь идет, очевидно, о нарушениях репродуктивной функции памяти. Впечатления, непосредственно примыкающие к началу болезненного эпизода, реже восстанавливаются в памяти, так как «короткая» память в период консолидации, как упоминалось, отличается высокой чувствительностью к повреждающим воздействиям. Восстановление памяти, если

оно происходит, начинается обычно появлением воспоминаний о более отдаленных событиях и совершается в направлении ко все более свежим. Реже последовательность восстановления следов памяти может быть иной. Мы наблюдали всего один случай, когда воспоминания возвращались в обратном порядке — от недавних по направлению ко все более отдаленным.

В. М. Бехтерев описал особый, приступообразный вариант ретроградной амнезии, рассматривая его генезис в рамках эпилептиформного синдрома при сосудистой патологии головного мозга.

Антероградная амнезия. Утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния или другого явного расстройства психики. Амнезия может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев, возможно, лет. Идентификация антероградной амнезии встречает иногда большие затруднения, нередко она смешивается с фиксационной и конградской амнезией. Приведем поэтому соответствующее наблюдение. Больной совершил попытку самоубийства и с этой целью выбросился из окна четвертого этажа. По выходе из комы в течение месяца находился в состоянии спутанного сознания. По окончании психоза правильно вел себя в отделении, сообщал о себе необходимые сведения, правильно ориентировался в месте, времени, окружающих лицах, читал и рассказывал о прочитанном, не вдаваясь, правда, в детали. Из событий текущей жизни лучше помнил то, что время от времени повторялось. Наблюдалась ретроградная амнезия на промежуток времени в пределах 4—5 часов, а также амнезия на период нарушенного сознания. Затем больной был переведен из психиатрической клиники в соматический стационар. По возвращении обратно выяснилось: он забыл, что находился ранее в психиатрической клинике, не узнавал обстановки, врача, персонал, больных, считал, будто оказался здесь впервые. Судя по этому наблюдению, в основе развития антероградной амнезии лежит блокирование механизмов, обеспечивающих перевод информации из «короткой» и промежуточной форм памяти в долговременную память. Антероградная амнезия может сочетаться с ретроградной, как это видно в упомянутом наблюдении, — антероретроградная амнезия. Конградная амнезия. Выпадение памяти о событиях в окружающем и о собственном самочувствии на период нарушенного сознания. Амнезия может быть полной или тотальной, что характерно для сумеречного помрачения сознания, аменции, выраженной оглушенности. Частичная или

фрагментарная амнезия обычно сопутствует делириозному, онейроидному помрачению сознания, легкой оглушенности. Выпадение памяти выявляется сразу по выходу из болезненного состояния либо наступает спустя некоторое время — отставленная или ретардированная амнезия. Утрата воспоминаний, относящихся к состоянию глубокого опьянения, сопровождающегося выраженной оглушенностью сознания, является одним из вариантов конградской амнезии. Конградная амнезия может сочетаться с ретро- и антероградной. Механизмы ее развития, вероятно, связаны с разными причинами, в том числе и с нарушением вербализации внешних и внутренних впечатлений, вследствие чего они не включаются в словесно-логические структуры сознания.

Алкогольная амнезия. Выпадение памяти на события, приуроченные к опьянению больных алкоголизмом. Отчетливых нарушений сознания в забытом периоде времени не наблюдается (Короленко, 1973). При алкогольных амнезиях больные могут припоминать, как, будучи в опьянении, пытались запомнить или были уверены, что не забудут случившееся, но тем не менее амнезия наступала. Известны случаи, когда страдающие алкоголизмом лица забывают о впечатлениях периода опьянения, будучи трезвыми, но при повторном опьянении вновь могут о них вспомнить, — феномен разрывной памяти Д. Гудвина. Феномен напоминает состояния альтернирующего сознания и тем самым наводит на мысль об истерическом его происхождении.

Предвестником алкогольной амнезии является палимпсест, описанный в качестве специфического признака раннего алкоголизма К. Bonhoeffer (1904). Палимпсест (соскоб) означал в древности надпись на пергаменте со стершимися от его многократного сгибания и разгибания фрагментами текста. В конце минувшего, начале текущего столетия данный термин использовался криминалистами для обозначения полустертых надписей и рисунков в тюремных камерах. Алкогольные палимпсесты проявляются выпадением памяти на отдельные подробности или детали событий, происходивших во время алкогольного опьянения.

Транзиторные амнестические эпизоды. У лиц в возрасте от 45 до 70 и более лет описаны пробелы памяти

продолжительностью от 1 до 24 часов. Указанные амнестические эпизоды рассматриваются как неэпилептические цереброваскулярные приступы, проявляющиеся в нарушении деятельности лимбических структур (Frank, 1981). В отечественной литературе

упомянутые выпадения памяти описаны под названием транзиторная глобальная амнезия (Завилянский с соавт., 1989). Отмечается однократность таких провалов памяти у одного и того же пациента.

Систематизированные (системные) амнезии.

Выпадение специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, символы, навыки). К данному виду амнезии относятся нарушения типа афазии, агнозии, апраксии.

Моторная (экспрессивная) афазия характеризуется затруднениями в словесном выражении мыслей. Типичным является телеграфный стиль речи (как и в ранней речи детей состоящей из коротких, в два, три слова фраз, составленных из имен существительных и глаголов), аграмматизмы, замена одних букв, слогов и слов другими (литеральные и вербальные парафазии), их пропуски, смешения (контаминации — «палалет» — составлено из «палата» и «туалет»), застревания (персеверации). Страдает произвольная письменная речь, в то время как при списывании она сохранена лучше. В более тяжелых случаях моторной афазии нарушается письмо под диктовку.

Сенсорная афазия проявляется непониманием устной и письменной речи, поскольку нарушен фонематический слух — различение фонем, сходных по звучанию. Особенно плохо различаются близкие фонемы (б-п, д-т и др.). Больные многоречивы, их высказывания непонятны из-за аграмматизмов, парафазии. Нарушаются чтение, письмо.

Амнестическая афазия проявляется забыванием нужных слов, например, названий предметов. Вместо этого пациенты показывают или описывают назначение и свойства предметов, действия, которые совершаются с ними. Многоречивость сочетается с вербальными парафазиями, персеверациями. Письмо (при списывании) не нарушается.

Семантическая афазия характеризуется непониманием сложных фраз из-за неспособности идентифицировать грамматические формы, которые выражают отношения между понятиями. Например, пациент не видит различия между отцом брата и братом отца.

Нарушения развития речи у детей обусловлены генетическими и в меньшей степени средовыми факторами. Нарушения речевого развития выявляется на этапах раннего детства и не связаны с неврологическими, сенсорными, умственными отклонениями, повреждениями артикуляционного аппарата. Речевым расстройствам сопутствуют трудности в овладении чтением, письмом,

сложности в общении, эмоциональные и поведенческие проблемы. Не существует четких разграничений с крайними вариантами нормы, при которых речевое развитие может быть замедлено (А. Эйнштейн почти не говорил до трех лет). Специфическое расстройство развития речи может затрагивать разные ее стороны: во-первых, расстройство артикуляции речи, при котором затруднено использование звуков речи (в норме оно достигается к 11 — 12 годам): пропуски, искажения, подмены фонем, что приводит к сложностям в понимании речи детей окружающими, хотя невербальный интеллект детей остается в пределах нормы. К данному расстройству относят нарушения артикуляции, лепетную речь, дислалию, отклонения фонологического развития; во-вторых, это расстройство экспрессивной речи. Понимание речи не нарушено, не обязательны нарушения артикуляции, типично снижение уровня использования выразительной разговорной речи (ограничение лексикона, замедление развития фразовой речи, трудности в подборе синонимов, синтаксические ошибки и др.). Использование невербальных средств коммуникации не нарушено. Возможны тем не менее затруднения в контактах, эмоциональные и поведенческие проблемы, иногда избирательная потеря слуха. Наконец, это могут быть расстройства рецептивной речи: неспособность реагировать на знакомые названия, следовать простым инструкциям, понимать грамматические конструкции.

Агнозия. Нарушение узнавания предметов. При оптической агнозии предметы не узнаются, возможно, из-за выпадения адекватных программ исследовательских действий (ощупывающих движений глаз). Зрение и цветовосприятие не страдают. Нарушение узнавания может касаться символов (букв, цифр), рисунков, геометрических фигур.

О симультанной агнозии упоминалось нами ранее. Агнозия в отношении собственного тела определяется как соматоагнозия. Соматоагнозия выражается в неузнавании частей своего тела. Пациент не знает, например, где у него нога, рука, где левая и правая, верхняя или нижняя половина тела (аутотопагнозия). Соматоагнозия у неврологических пациентов проявляется отрицанием факта паралича. Так, при синдроме анозогнозии Антона-Бабинского больной не осознает левостороннего паралича и обнаруживает «слепоту на свою слепоту» (очаг поражения в правой гемисфере).

Мнимое ощущение дополнительных частей тела (лишняя рука, голова и т. д.)—парестетическая полипсевдомелия В. М. Бехтерева и П. А. Останкова — описана при поражении

коры субдоминантного полушария.

Прозопагнозией называют неузнавание лиц знакомых людей на фотографиях.

Апраксия. Выпадение моторных навыков (действий с предметами, жестов, выразительных актов, способности подражать действиям окружающих и выполнять движения по просьбам извне). При моторной апраксии пациент забывает характер действий, требуемых для выполнения задания. При идеаторной апраксии страдает план, последовательность действий, которые нужно выполнить для достижения цели. Конструктивная апраксия проявляется в том, что пациент не может из отдельных элементов или частей воссоздать нужную целостную структуру (составить фигуру, орнамент и др.).

Нарушения развития школьных навыков чаще встречается у мальчиков. Предполагают, что они связаны с биологической дисфункцией и присутствуют с первых лет обучения. Различают нарушения развития навыков чтения, письма, счета, смешанное расстройство школьных навыков, двигательных функций.

При дислексии нарушены навыки чтения и понимание прочитанного. На ранних этапах это трудности в пересказывании алфавита, в распределении по категориям звуков. Позднее становятся очевидными пропуски, искажения и замены слов (их частей), медленный темп речи, запинки и потери места в тексте, литеральные и вербальные парафазии, чтение в обратном порядке. Нарушаются также способности вспомнить факты и делать выводы из прочитанного, а чтобы это делать, дети используют скорее общие знания, чем то, что они узнали из конкретного рассказа. Позднее трудности спеллингования (составление слов из букв) становятся более глубокими, чем недостаточность чтения. Нарушениям развития чтения обычно предшествуют расстройства развития речи.

При расстройстве спеллингования нарушена способность произносить слова по буквам и правильно писать слова. Предшествующее расстройство навыков чтения отсутствует. При нарушении развития навыков счета дефект касается вычислительных операций прибавления, вычитания, умножения и деления (иногда лишь отдельных операций). Нарушен счет пальцев (синдром Гертсмана). Более абстрактные математические операции (в геометрии и т. п.) могут быть нарушены в меньшей степени.

Нарушения развития двигательных функций проявляется

угловатостью, медленным обучением ходьбе, бегу, — прыжкам, подъему и спуску по лестнице, трудностями в завязывании шнурков, застегивании пуговиц, бросании предметов, плохом подчерке и мн. др. Часто выявляются симптомы стриарной недостаточности.

Явления афазии, агнозии, апраксии и другие нарушения корковых функций (алексия, акалькулия и др.) наблюдаются при локальных повреждениях корковых структур (сосудистые процессы, опухоли и др.). В психиатрической практике они встречаются при атрофических процессах (болезнь Пика, Альцгеймера, сенильная деменция, травматические поражения).

Мотивированная амнезия. Выпадение памяти на отдельные психотравмирующие события. Так, после неприятной сцены с Бабинским пациентка забыла его имя, внешность и все, что так или иначе было с ним связано. Пробелы возникают по механизмам вытеснения. В состоянии гипнотического сна, по преодолении сопротивления утраченные воспоминания могут быть восстановлены. Наблюдается у лиц с истерическими чертами характера, при неврозах. Вытеснение психотравмирующих воспоминаний — явление чрезвычайно распространенное и среди здоровых индивидуумов; рассматривается как один из механизмов психологической защиты.

Аффектогенная амнезия. Утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время бурной эмоциональной реакции — аффекта. Выявляется по выходе из состояния патологического аффекта, обусловлена сужением сознания. Фактически является вариантом конградной амнезии. Считать ее кататимической, то есть связывать с действием механизмом вытеснения, очевидно, не следует.

Постгипнотическая амнезия. Наблюдается после пробуждения из глубокого гипнотического сна, в сущности возникает вследствие нарушения сознания. Амнезия может быть внушена в состоянии неглубокого гипнотического транса.

Периодическая амнезия. Сопровождает описанные Рибо состояния двойного или альтернирующего сознания, при которых в одном болезненном состоянии сознания отсутствуют воспоминания о пережитом в другом. По выходе в нормальное состояние больной не помнит происшедшего как в первом, так и во втором патологическом состоянии, или только смутно вспоминает отдельные впечатления. Наблюдается при истерии. Переходу из одного состояния в

другое может предшествовать глубокий сон.

Скотомизация памяти. Близка к мотивированной амнезии. Отличается от последней тем, что возникает у лиц, не обнаруживающих истерических черт характера. Амнезии наблюдаются при нарушении сознания (кома, сопор, оглушенность, делириозное, сумеречное, аментивное помрачение сознания, психогенно обусловленные расстройства сознания, состояния патологического аффекта и патологического опьянения), при интоксикациях, уремии, алкогольной энцефалопатии, атрофических процессах (болезни Пика, Альцгеймера, сенильная деменция), сосудистых заболеваниях головного мозга, после черепно-мозговой травмы, электросудорожных припадков, в клинической картине эпилептических расстройств.

Детская амнезия. Проявляется забыванием событий первых трех, четырех лет жизни. Причины неизвестны.

Гипомнезия. Ослабление памяти. Чаще всего проявляется в виде дисмнезии — неравномерного поражения различных функций памяти, в первую очередь ретенции и репродукции. Одним из ранних признаков дисмнезии является нарушение избирательной репродукции в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже этот факт всплывает в памяти сам по себе. Признаком сравнительно легкого ослабления памяти является также забывание того, что о каком-либо факте больной уже сообщал ранее данному лицу.

Наступающее ослабление памяти более заметно в отношении механической памяти, чем словесно-логической. Нарушается, прежде всего, запоминание и воспроизведение справочного материала — дат, имен, цифр, названий, терминов, лиц и т. п. Быстрее забываются также свежие и менее закрепленные впечатления. Ухудшается ориентировка во времени, страдает хронологическая память, нарушается чувство времени.

Гипомнезия может проявляться анэ克福рией — нарушением памяти, при котором теряется способность вспомнить о хорошо известном факте без напоминания. Приведем соответствующее наблюдение. Больная, перенесшая менингоэнцефалит, жаловалась, что не помнит многих фактов и событий последних лет: забылись имена, внешность сослуживцев, адрес нового места работы, номера служебных телефонов, имя родившейся дочери и многое другое. Осознает, что прекрасно знала все это до болезни. Казалось, нужное воспоминание вот-вот появится, «вертится на языке», чувствовала, что оно не исчезло навсегда и

упорно не прекращала попыток припомнить забытое. Мысль о дефекте памяти стала навязчивой, остро переживалась, появились опасения «сойти с ума». Воспоминания возвращались постепенно, но лишь после напоминания о соответствующем факте. В последующем они сохранялись, возникая с прежней быстротой и легкостью. Нарушения памяти распространились только на события прошлого, происходившие до болезни, память на настоящее не пострадала. Сходное с анэфорией нарушение памяти описывалось под названием «отрицательные галлюцинации памяти» (Блейлер, 1920).

При более тяжелой гипомнезии из памяти выпадает множество подробностей и значительных событий, касающихся личной и общественной жизни. Вместе с тем никогда не наблюдается столь значительного опустошения памяти, как это бывает при прогрессирующей амнезии. Критическое отношение к ослаблению памяти у больных с гипомнезией обычно сохраняется,— это отражается в соответствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую несостоятельность (ведение записей, вязание узелков, использование мнемотехники, стремление класть предметы на одно и то же или видное место, привычка перепроверять себя и др.). Типичны острые эмоциональные реакции на снижение памяти, депрессии.

Ухудшение памяти, обусловленное различными органическими заболеваниями головного мозга, следует отличать от внешне сходных, но обратимых расстройств, возникающих на фоне различных психопатологических нарушений (астении, депрессии и др.), при которых собственно механизмы памяти существенно не нарушаются.

Гипермнезия. Патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Воспроизведение логической последовательности фактов нарушено, усиливаются, в основном, механическая и образная виды памяти. События группируются в ряды, отражающие их связь по смежности, сходству и контрасту. Гипермнезия неоднородна, могут быть разграничены ряд ее вариантов в зависимости от клинического контекста, в котором она наблюдается (аффективная патология, галлюцинаторно-бредовые состояния, состояния спутанного сознания).

Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения

(алкогольного, гашишного и др.), в продроме экспансивной формы прогрессивного паралича, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Гипермнезия может быть при депрессии — отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения. Явления гипермнезии наблюдаются изредка в клинической картине инфекционных психозов. Известны случаи, когда в состоянии нарушенного сознания больные с фотографической точностью воспроизводили тексты прочитанных ранее книг, говорили на иностранных языках, забытых в обычном состоянии. По выздоровлении ожившие следы памяти вновь терялись. Гипермнезия бывает парциальной, избирательной, проявляясь, например, повышенной способностью к запоминанию и воспроизведению цифр. Наблюдения такого рода описаны, в частности, при олигофрении (Меграбян, 1972). Парциальная гипермнезия может проявляться повышенной памятью на впечатления раннего детства. Встречаются пациенты, которые утверждают, что помнят себя с возраста год, полтора года и ранее, чему удается иногда получить подтверждение. Мы наблюдали больную, которая «помнила» себя с шестимесячного возраста. По сообщениям близких, она отличалась ранним развитием: с четырех месяцев сидела, в шесть месяцев ходила. Пациентка «помнила», что в восемь месяцев начала говорить, как навещали ее, «вундеркинда», студенты, фотографировали. «В три года меня мучили мысли, что у меня и у всех людей есть внутренности. Думала, что такое я, как это меня не было, как это я исчезну. В пять лет видела, как под кровать забежала группа матрешек... В 10 лет неприятно было сознавать, что сознание материально и что душа зависит от тела...». Но «ранними» могут оказаться и ложные воспоминания, когда рассказы близких людей позже принимаются за личные переживания, как это описал у себя Пиаже.

Гипермнезию не следует смешивать с феноменальной памятью. Последняя не может быть описана в терминах психопатологии, так как процессы памяти и механизмы их произвольной регуляции не нарушаются. Скорее всего не являются патологией и случаи исключительной памяти при умственной отсталости, — речь идет о незаурядной механической памяти, свойственной отдельным пациентам (например, «календарной» памяти, когда после однократного просмотра календаря воспроизводятся все рисунки в прямом, а также обратном порядке).

Парамнезии (искажения, обманы) или качественные нарушения памяти. Встречаются как самостоятельно, так и в сочетании с количественными нарушениями. Сложность

симптоматики парамнезии затрудняет их разграничение и классификацию. Существуют и терминологические разногласия. С учетом возможных возражений приведем следующее описание качественных нарушений памяти.

Феномены ранее виденного, слышанного, пережитого, испытанного, рассказанного (*deja vu, deja entendu, deja vecu, deja eprouve, deja raconte*)—впервые увиденное, услышанное, прочитанное или пережитое воспринимается как знакомое, встречавшееся ранее и в данный момент повторяющееся. Указанные нарушения возникают эпизодически, пароксизмально, могут быть стойкими и длительными. Чувство воспоминания, сопровождающее восприятие или переживание, никогда не связывается с определенной точкой прошлого, относится «к прошлому вообще» (Сумбаев, 1945). Чувство знакомости может относиться не только к непосредственным, но — также к недавним впечатлениям, которые вспоминаются с ощущением повторения породившей их ситуации. Степень уверенности, с какой больные оценивают вероятность того, что переживаемое событие ранее имело место, может быть различной, иногда она бывает полной, то есть становится по существу бредовой. В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение. Больная шизофренией сообщила, что с детства ее не покидает ощущение, будто все воспринятое в данный момент кажется ей удивительно близким, знакомым, лишенным какой бы то ни было новизны. Происходящее, как считала она, лишь помогает вспомнить то, что было хорошо известно ей ранее, оно является всего лишь «напоминанием». Наиболее острым это ощущение было при чтении. Из прочитанного в школьных учебниках она «не узнавала ничего нового», так как «знала это всегда», более того, пережила на самом деле. Считала, что была свидетельницей различных исторических событий, видела турниры рыцарей, бои гладиаторов, жила в пещерах первобытных людей и т.п. Как яркое воспоминание воспринимались сведения о происхождении Земли, зарождении жизни, доисторических существах. На этом основании появилось убеждение, в том, что она жила всегда и ее душа вечна. Некоторые больные не только переживают ощущение повторения события, но «чувствуют до мелочей», что произойдет в предстоящие несколько минут — «уже думала об этом», «знала, что это произойдет»—*deja prevu*. Такие пациенты бывают уверены в том, что способны прорицать, предсказывать будущее, а иные создают весьма сложные концептуальные системы о времени вообще.

Феномены никогда не виденного, не слышанного, не пережитого и др. (*jamais vu, jamais vecu, jamais entendu* и др.). Знакомое, известное, привычное воспринимается как

новое, ранее не встречавшееся. Прошлая жизнь вспоминается без ощущения лично пережитого: «Думаю, кто я такая, откуда я, как меня зовут, училась ли... Кажется, и замужем не была... Знаю, что все это было, но будто не со мной...». «Всему учусь заново — ходить, писать, будто не умела прежде...». Встречаются пациенты, которые обращают внимание на своеобразное переживание непредсказуемости предстоящих событий: «Не знаю, что произойдет в следующий момент... Все происходит как-то неожиданно, вроде этого не должно бы случиться... Все как обычно и все же удивляет, будто ранее я с этим и не предполагала столкнуться...». Данный феномен, полярный *deja prevu*, заслуживает, кажется, самостоятельного обозначения — *jamais prevu*. Упомянутые явления парамнезии наблюдаются при астенических состояниях, припадках височной эпилепсии, психопатии, шизофрении, последствиях травм и других органических поражений центральной нервной системы.

Вышеупомянутые феномены нередко описывают отдельно от парамнезий в рамках дереализации и деперсонализации. По этому поводу следует заметить, что оценка психопатологических симптомов с позиций структуралистской психологии (расстройства восприятия, памяти, самосознания и т. д.) вообще очень условна и в любом случае будет встречать возражения, так как в каждом нарушении можно найти отклонения со стороны различных психических функций.

Иллюзия узнавания. Незнакомые лица, предметы, обстановка принимаются за другие, действительно существующие и известные больному. Чаще всего возникают в отношении людей. Иллюзии узнавания касаются обычно одного или ограниченного круга лиц или предметов, реже бывают множественными, — они, нестойки и тотчас забываются. Возникают на фоне дезориентировки в месте, времени и обстановке при помрачении сознания, амнестическом синдроме (интоксикационные), сосудистые, сенильные психозы). Иллюзорные ложные узнавания с ощущением отдаленного сходства без полной идентификации объектов могут возникать при астенических состояниях. В психологическом плане появление иллюзий узнавания, вероятно, связано с нарушением механизмов апперцепции — сличения текущих впечатлений с прошлым опытом, составляющего основу узнавания объектов.

Редуплицированная парамнезия Пика. Проявляется уверенностью в существовании двойников у объектов, воспринимаемых в данный момент. По мнению больного, имеются две одинаковых клиники, две точно такие же

дочери, жены, есть еще один такой же врач. Само восприятие не страдает, нарушено лишь объединение образа восприятия с соответствующим воспоминанием, вследствие чего оба образа переживаются раздельно. В отличие от феномена «уже виденное» здесь имеет место переживание удвоения, а не ощущения повторения ситуации.

Наблюдается при относительно мягко протекающих сосудистых, атрофических и других органических процессах, возникающих во второй половине жизни, описана при алкогольном делирии.

От редуцированной парамнезии следует отличать также эхомнезию — многократное воспроизведение одного и того же воспоминания. В это время пациент несколько раз подряд ощущает себя в одной и той же ситуации, которой соответствует повторяющееся воспоминание и в течение нескольких минут как бы отключается от текущих впечатлений. Мы наблюдали пациентов, которые до 4—5 раз подряд переживали какой-нибудь эпизод, например, переход улицы, фрагмент беседы и др.

Псевдореминисценция (ложные воспоминания). По описаниям некоторых авторов (Завилянский с соавт., 1989), мало чем отличаются от замещающих конфабуляции обыденного содержания, если не считать их однообразия и того, что в них отражены воспоминания о действительных событиях отдаленного прошлого. Проверить достоверность таких воспоминаний, однако, часто невозможно. По другим описаниям, в псевдореминисценциях выражается своеобразное нарушение локализации событий во времени. То, что случилось давно, вспоминается как недавнее событие, и, напротив, происшедшее в последнее время расценивается как имевшее место в далеком прошлом. Содержанием псевдореминисценций являются, как правило, факты обыденной жизни.

Конфабуляции. Патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Существуют разные классификации конфабуляции. Согласно одному из подходов разграничивают мнестические и фантастические конфабуляции. Первые наблюдаются при амнезии, вторые — при парафрении и спутанности сознания. Мнестические конфабуляции в свою очередь разделяют на экмнестические (проецируемые в прошлое) и мнемонические (относящиеся к наличной ситуации, к настоящему времени). Э.Я. Штернберг различает замещающие, экмнестические, фантастические, бредовые и галлюцинаторные конфабуляции.

Замещающие конфабуляции возникают на фоне грубых

амнестических выпадений памяти. Пробелы воспоминаний заполняются рассказами о различных событиях, происходивших якобы, в это время. Характерны изменчивые вымыслы обыденного, правдоподобного содержания, как спонтанные, так и провоцируемые расспросами. Наблюдаются при корсаковском психозе, сенильных и сосудистых психозах, при органических заболеваниях центральной нервной системы.

Содержанием экмнестических конфабуляции являются события ранних лет жизни. Наблюдается «сдвиг ситуации в прошлое», когда воспоминания об отдаленных событиях заслоняют текущие впечатления. Пациент собирается, например, в школу, готовится служить в армии, хотя на самом деле ему уже за восемьдесят. Пациент, в прошлом проводник поезда, считал, что находится не в отделении, а «в купе». Не хочет видеть навестившую его жену: «пусть она едет в другом купе». Данное нарушение чаще встречается при сенильной деменции и развивается на фоне прогрессирующей амнезии.

Фантастические конфабуляции представляют собой вымыслы о необыкновенных событиях, увлекательных приключениях, сенсационных происшествиях, героических подвигах, великих открытиях и изобретениях, встречах с выдающимися людьми, о занимаемых больными ранее высоких постах, наградах и почестях, богатствах, которыми они обладали и т. п. Больные сообщают об этом образно, с многочисленными подробностями, их рассказы связны, последовательны, часто спонтанны. В других случаях конфабуляции отрывочны, непоследовательны и выявляются при расспросах. Содержание фантастических конфабуляции изменчиво, при повторных рассказах сообщаются новые, столь же невероятные подробности. Вымыслы относятся к определенному периоду прошлой жизни, однако, содержание конфабуляции может не считаться с понятиями о времени. Настроение бывает приподнятым, горделивым, эйфорически окрашенным. Память на реальные события прошлого не нарушена, что типично для шизофрении с парафренным синдромом, маниакально-депрессивного психоза. При интоксикационных, травматических психозах, старческом слабоумии фантастические конфабуляции сопровождаются обратимыми выпадениями памяти либо наблюдается нерезкое ее снижение. При бредовых конфабуляциях (галлюцинациях памяти) возникающие бредовые идеи проецируются в прошлое (в здоровый период жизни) и воспринимаются пациентом как яркое и достоверное воспоминание о том, чего на самом деле не было. Содержание бредовых конфабуляций, как и вообще бредовых идей, может быть самым разным. Данное

нарушение отличается от так называемой бредовой интерпретации прошлого, отражающей процесс систематизации и консолидации бредовых идей и проявляющейся в ретроспективной оценке реальных фактов прошлого в соответствии с актуальными бредовыми переживаниями. Иллюстрацией бредовых конфабуляций может служить следующее наблюдение. Больному 70 лет, никогда ранее не обнаруживал признаков психического расстройства. Несколько месяцев назад вдруг «вспомнил», что жена, будучи еще молодой женщиной, изменила ему с каким-то офицером. Память «подказала» множество других подробностей мнимого события, в том числе личное признание жены. Воспоминания отличались яркостью, спонтанным появлением, образностью, четкой локализацией во времени, абсолютной уверенностью в непогрешимости памяти. Внимание было целиком приковано к факту «измены», нарушилось поведение. Больной требовал у жены признаний, объяснений, угрожал расправой, искал подтверждения своей правоты у знакомых, находил компрометирующие сведения в семейном архиве, расценивал различные детали прошлого и настоящего поведения жены в плане идей ревности, в связи с чем был госпитализирован. В другом наблюдении девушка «вдруг вспомнила», как неделю назад, ночью, к ней в комнату в общежитии проник знакомый юноша и стал брить ей лобок безопасной бритвой. Она испугалась, прогнала его, сообщила о случившемся вахтеру и тот вызвал милицию. Юношу увезли в наручниках. Позже, встречаясь с ним на самом деле, она спрашивала его, зачем он делал все это, будучи абсолютно уверенной в реальности случившегося. Бредовые конфабуляции чаще наблюдаются при паранойальном и парафреническом синдроме параноидной шизофрении.

Галлюцинаторные (псевдогаллюцинаторные) конфабуляции представляют собой состояния зрительных и слуховых псевдогаллюцинаций, содержанием которых являются различные события, будто бы имевшие место в прошлом. Встречаются при шизофрении. Наплывы конфабуляций могут выражаться состояниями конфабуляторной спутанности и конфабулеза.

Конфабуляторная спутанность проявляется заполнением сознания обильными конфабуляциями обыденного содержания, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления, суетливостью и растерянностью. В таком состоянии окружающие принимаются за родственников, знакомых, живущих или давно умерших, больница — за квартиру, место работы, вокзал. Ложное узнавание лиц и обстановки

постоянно меняется: разговаривающий с больным врачом, является то родственником, то начальником, то знакомым соседом. В данную минуту происходит то свадьба, то экскурсия, то похороны. Высказывания непоследовательны, противоречивы, порой почти бессвязны. Состояния конфабуляторной спутанности наблюдаются при сенильных психозах, а также сосудистых заболеваниях головного мозга в виде кратковременных, транзиторных психотических эпизодов в ночное время.

Конфабулез — психопатологический синдром, проявляющийся наплывом фантастических конфабуляций, не сопровождаемых помрачением сознания, амнестическими расстройствами и нарушениями ориентировки. Высказывания больных напоминают бредовые идеи величия, в связи с чем данный синдром называют также экспансивным конфабулезом.

Психопатологические расстройства в виде конфабулеза описаны при сыпном тифе в период спада лихорадки, а также при брюшном тифе, малярии, риккетсиозах. Нередко конфабулез возникает на этапе регрессионного течения психических расстройств при черепно-мозговых травмах, в особенности в военное время. Наиболее обоснованным признается отнесение конфабулеза к так называемым переходным синдромам Вика, то есть к группе встречающихся в рамках экзогенно-органических психозов обратимых синдромов, различных по своим психопатологическим проявлениям, но не сопровождающихся нарушением сознания. Конфабулез может развиваться вслед за болезненным состоянием, протекающим с помрачением сознания. Продолжительность данного расстройства редко превышает несколько недель, но бывает и значительно короче.

К конфабулезу относят также некоторые формы парафренного бреда при шизофрении, сопровождающиеся обильными ложными воспоминаниями или конфабуляциями фантастического содержания (с фабулой преследования, воздействия, величия), которые иногда принимают форму фантастических рассказов. Наряду с конфабуляциями при этом наблюдаются другие психопатологические расстройства, в частности, явления психического автоматизма, компоненты систематизированного бреда и признаки дефицитарных расстройств, свойственных шизофрении. Сказанное правомерно и в отношении сравнительно редких случаев так называемой старческой парафрении или старческого конфабулеза. При этих, развивающихся в старческом возрасте затяжных галлюцинаторно-бредовых психозах, проявляющихся

фантастическим бредом и галлюцинациями, наблюдается переход в относительно стабильное конфабуляторное состояние, характеризующееся идеями величия, преобладанием ложных воспоминаний о фантастических событиях прошлого, особых заслугах, выдающихся свершениях и т. п.

Криптомнезии. Проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, что приводит к ослаблению различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими и лично пережитыми событиями и событиями, увиденными во сне, или о которых стало известно из книг, кинофильмов, рассказов окружающих.

Одно из проявлений криптомнезии состоит в том, что больные могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими. Утверждается собственный приоритет на открытие, изобретение, научную идею, присваивается честь создания художественного или музыкального произведения. Указанное нарушение памяти было описано, в частности, Юнгом у Ницше. Необходимо подчеркнуть, что сознательный плагиат не относится к проявлениям криптомнезии (Меграбян, 1972). Больные, действительно, забывают, что соответствующие знания были получены ими извне, и в то же самое время воспоминания о них замещаются ощущением личного творческого акта.

К криптомнезиям относят ассоциированные воспоминания, при которых прочитанное, услышанное или увиденное во сне расценивается как происходившее в действительности с самим больным.

О событиях кинофильма пациент рассказывает так, как если бы они случались с ним на самом деле; факт просмотра кинофильма может быть при этом забыт, а если нет, то считается фильмом о его жизни. Наряду с ассоциированными встречаются также отчужденные воспоминания— действительно происходившие события воспроизводятся как когда-то услышанное, прочитанное, увиденное во сне, пережитое кем-то другим.

Криптомнезии встречаются при шизофрении, экзогенно-органических и сенильных психозах. Псевдореминисценции, конфабуляции, особенно фантастические, криптомнезии могут возникать не только у больных психозами, они встречаются также у лиц с психопатическим складом характера и у страдающих олигофренией.

ГЛАВА 5. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ

**Психопатология.
Часть I**
В.А. Жмуров

5.1. Психология мышления и речи

Мышление — надчувственная форма отражения объективной реальности в виде целенаправленного, опосредованного и обобщенного познания связей и отношений вещей. Мышление возникает в процессе общественно-производственной деятельности и протекает преимущественно в форме понятий и категорий, в которых закреплён и обобщён социально-исторический опыт человечества. Опираясь на чувственное познание, мышление преобразует его, позволяя получить знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недоступны ощущению и восприятию. Тем самым оно неизмеримо расширяет познавательные возможности человека, повышает его интеллект, позволяя проникать в закономерности природы, общества и самого мышления.

Материалистическое понимание мышления дано в работах классиков марксизма. Марксизм не принимает понимание мышления как проявление особого духовного начала, как «чистой активности сознания», стоящей над чувственностью. Вместе с тем он преодолел и подходы метафизического материализма, его созерцательность, представления о психике и процессах мыслительной деятельности человека как об элементарных актах сравнения и анализа чувственных впечатлений. Диалектический материализм уже в своих истоках подчеркивает связь мышления с практической деятельностью. Результаты познавательно-практической деятельности, закрепляясь в языковых формах и передаваясь из одного поколения в другое, создали условия для перехода внешне-предметной познавательной деятельности во внутренний речевой план сознания. В результате исходные чувственные данные и практические действия опосредовались все более сложным рядом мыслительных процессов, которые и составили основу целостной интеллектуальной деятельности — мышления. Приобретение мышлением в его развитых формах известной самостоятельности по отношению к практической деятельности явилось предпосылкой зарождения представлений о его особом бытии, что поставило проблему критерия истинности мышления, адекватности его результатов объективной реальности. Общепринято, что таким критерием является общественно-историческая практика. «... Практическая деятельность человека миллиарды раз должна была приводить сознание человека к повторению разных логических фигур, дабы эти фигуры могли получить значение аксиом».

Конкретные психологические исследования показали, что процесс мышления осуществляется в виде определенных действий или операций. Этими операциями являются анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстрагирование и конкретизация. Анализ — мысленное расчленение предмета, явления, ситуации на отдельные составляющие его элементы, части, стороны. Так, целостная клиническая структура заболевания расчленяется на синдромы и еще более мелкие единицы — симптомы. Сравнение — сопоставление объектов по выявленным в ходе анализа признакам и свойствам. В процессе сравнения устанавливается тождество или различие объектов. Сравнивая двух пациентов с одинаковым заболеванием, находят общепатологические, нозологические, а также индивидуальные проявления болезни. Абстрагирование — выделение одной или нескольких сторон явления, существенных в каком-нибудь отношении и отвлечение от всех остальных. Можно сосредоточить, например, внимание на клинических признаках, характеризующих течение заболевания, отвлекаясь от всех прочих. Обобщение — операция, выявляющая признаки, общие для множества объектов или явлений, на основе которых возможно их группирование. Любая классификация строится при помощи обобщающих умственных действий. Синтез — операция, результатом которой является полное и целостное знание предмета или явления. Высшей формой синтеза в клинической практике является диагноз больного. Конкретизация — рассмотрение данного конкретного явления в контексте общих закономерностей, выявление наиболее существенных свойств и связей с другими объектами и явлениями. Можно, скажем, неплохо разбираться в теоретических аспектах психопатологии, но при этом испытывать трудности в выявлении и оценке психических отклонений у конкретного пациента, особенно если клинический опыт невелик.

Характерная особенность интеллектуального поведения человека, в отличие от ориентировочно-интеллектуальной деятельности животных, входящей в состав всякого поведения, заключается в том, что она становится самостоятельной деятельностью, предшествующей поведению, создающей для него основу (Лурия, 1975). В процессе ее ставится конкретная задача, создается общая «стратегия» деятельности, формируется «тактика» действий в виде определенных способов или операций, ведущих к выполнению задачи. Создаются контрольные механизмы, с помощью которых эффект действия сличается с исходным намерением. Наглядный характер интеллектуального поведения уступает место новым формам, основанным на использовании речи, возникает скачок от чувственного к рациональному в

организации опыта.

Уоллес различает четыре этапа решения проблем: 1.

Подготовка — изучение всей информации, относящейся к проблеме.

2. Инкубация — подспудное созревание новых комбинаций и связей, ведущих к решению. Исследователь в это время как бы отвлекается от проблемы.

3. Озарение — внезапное появление решения.

4. Разработка — систематическая проверка решения.

Существуют разные стратегии решения задач. По Брунеру и Левину, их три:

1. Случайный перебор — одна случайная гипотеза сменяется другой, пока не будет найдено решение или не иссякнут варианты.

2. Рациональный перебор — отсеечение неверных решений. Чтобы угадать букву, алфавит делится на две половины, после чего одна из них отсекается. Подобная процедура повторяется с первой половиной и т. д.

3. Систематический перебор — охватывается и проверяется вся совокупность подходов к решению.

Процесс мыслительной деятельности совершается в понятиях, суждениях и умозаключениях. Понятие представляет собой отражение в сознании существенных свойств предметов и явлений. Таковы, например, понятия «дом, сад, цвет, сосна». Здесь приведены различные виды понятий, выделяемые логикой. Принято различать конкретные, абстрактные, собирательные и общие понятия.

Конкретные понятия определяются малым числом наглядных признаков объекта. В отвлеченных или абстрактных понятиях отражаются сущностные, недоступные непосредственному или чувственному познанию свойства, качества предметов и явлений. При образовании абстрактных понятий происходит как бы распад индивидуальных, конкретных понятий с отщеплением от них однозначных элементов, которые образуют затем новые единства. Диалектическая логика показывает, что в процессе абстракции не происходит утраты конкретных сторон явлений (как допускает формальная логика), поскольку абстракция включает в себя единичное, частное и общее как свои моменты. Абстрактными являются, к примеру, следующие понятия: «цвет, болезнь, время, общественная формация». Образование и усвоение

абстрактных понятий является одним из наиболее важных показателей уровня интеллектуального развития. Основной особенностью собирательных понятий является то, что они неприменимы к каждому элементу группы объектов в отдельности, но адекватны ко всем вместе взятым. Это такие понятия, как «лес, сад, город», обозначающие натуральные множества. При наличии общего понятия то или иное утверждение будет справедливо по отношению к каждому отдельному элементу, входящему в состав группы объектов. Общими являются такие понятия, как «дерево, река, фонтан» и т. п. Bruner различает простые и сложные понятия. Простые понятия характеризуются одним общим свойством «синий», «круглый» и т. п. В определении сложных понятий указывается несколько свойств. Сложные понятия распадаются на:

— конъюнктивные — определяются, по меньшей мере, двумя признаками: «Стол» — это «ножки» и «горизонтальная поверхность»;

— дизъюнктивные — определяются либо одним, либо другим или обоими одновременно;

— соотносительные — включают все связи и отношения, какие существуют между разными элементами некоей совокупности.

Суждением называется высказывание, в котором содержится утверждение относительно какого-нибудь объекта. Вот примеры суждений: «это яблоко красное; медь электропроводна; соловей — певчая птица». В суждении констатируется факт отсутствия или наличия у данного объекта определенного признака. Умозаключение представляет собой логический вывод, вытекающий из имеющегося знания, выраженного в посылках. Посылки и вывод из них образуют логическую фигуру, частным случаем которой является силлогизм. Различают два типа силлогизмов: индуктивные и дедуктивные. Если из двух частных посылок делается вывод, умозаключение и соответствующий силлогизм являются индуктивными. Например: «медь электропроводна; медь — металл. Следовательно, все металлы электропроводны». Когда из посылок, одна из которой является общей, делается частный вывод, умозаключение и силлогизм называются дедуктивными. Например; «Все люди смертны. Сократ — человек. Следовательно, Сократ смертен». В ходе умозаключений формируются выводы, в которых устанавливается то или иное отношение между предметами, и явлениями. Эти отношения, выраженные связями между понятиями, являются логическими отношениями. Это, например, отношения тождества, смежности,

противоположности, причины и следствия и т. д.

Приведенные сведения из психологии мышления и логики имеют известное практическое применение — они учитываются при создании методик исследования процессов мышления.

Важным и во многом неясным является вопрос о существовании различных генетических видов и этапов формирования мышления. Считается установленным факт качественных изменений мышления в ходе его исторического развития и в процессе индивидуального развития. В соответствии с этим различают определенные этапы формирования и виды мышления.

В развитии мышления ребенка Ж. Пиаже (1932) различает следующие четыре стадии: сенсомоторное мышление (от рождения до двух лет); дооперационное мышление, связанное с формированием наглядных представлений (от двух до семи лет); стадию конкретных операций с предметами (от семи до двенадцати лет); стадию формальных операций со словесно-логическими высказываниями (от двенадцати до пятнадцати лет). В своей концепции детского мышления Ж. Пиаже определяет его как мышление синкретическое (синкретизм выражается в том, что ребенок оперирует целостными, недифференцированными представлениями). Так, если на рисунок лица кладется изображение ножниц, то взрослые разделяют оба эти изображения. Дети обычно их объединяют: «Ножницы лежат на лице». Синкретизм детского мышления обусловлен, по Ж. Пиаже, эгоцентрической природой ребенка. Автор, исходя из понятия аутистического мышления, определяет эгоцентрическую мысль как промежуточную между аутистической и разумной. В то время как аутистическое мышление характеризуется игнорированием принципа реальности, не соотносится с объективной действительностью, эгоцентрическое мышление определяется тем, что не подчиняется принципу социальности.

Е. Блейлер (1912), описавший аутистическое мышление в качестве характерной особенности психической деятельности больных шизофренией, обратил внимание, что его механизмы обнаруживают свое действие и у здоровых людей, проявляясь в сновидениях, мифологии, народных суевериях и других случаях, где мышление отклоняется от реального мира. Он указал также, что аутистическое мышление свойственно детям. Вследствие отсутствия у ребенка опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления, проявляющаяся фантазия легко «получает перевес в смысле аутизма».

Основными, имея в виду уровень мыслительной деятельности, являются, по Р. С. Немову (1990), наглядно-действенное, наглядно-образное, образное и отвлеченное формы мышления. Описаны и другие его формы: «практическое мышление», «эмоциональное мышление» (J. Meier), «визуальное мышление» (R Arnheim), оценочное, критическое, креативное, дивергентное и т. д.

Исследования с человекообразными обезьянами показали, что их умственная деятельность напоминает мышление человека, хотя и протекает в форме внешне-двигательных операций (Келер, 1930). По мнению Л. С. Выготского (1934), зачатки интеллекта обезьян, то есть мышления в собственном смысле слова, составляют первичную фазу в развитии мышления, фазу до-речевого мышления. Открытие мыслительной деятельности в виде внешних действий с предметами в сложных ситуациях, операций с наглядными схемами, моделями конструкций разрушило старые представления о мышлении, как чисто внутреннем словесно-логическом процессе и привело к признанию существования у человека различных форм и уровней мышления, тесно переплетающихся между собой и переходящих друг в друга.

Этнографическими исследованиями установлено, что мышление народов, находящихся на относительно низких ступенях общественно-исторического и культурного развития, отличается рядом особенностей от мышления современного цивилизованного человека (Леви-Брюль, 1930; Фрезер, 1980). Своеобразие «первобытного» мышления Леви-Брюль пытается передать выражением «пралогическое мышление», указывая, что главное в нем — ориентация на мистические причины, действие которых такой ум чувствует повсюду. Д. Д. Фрезер высказал несколько неожиданную мысль о том, что магическое или мистическое мышление предшествует научному мышлению, что магия — «близкая родственница науки». Радикальной противоположностью магии он назвал религию. Великий поворот от магии к религии, — как считает Д. Д. Фрезер, — ознаменовал собой переход к иной форме мышления — «религиозной».

Мы считаем оправданным подробное описание некоторых из упомянутых видов мышления. Это поможет анализу нарушений мышления, встречающихся в психиатрической клинике, поскольку аналогии между патологическими и некоторыми ранними формами мышления достаточно очевидны и к тому же довольно многочисленны. Необходимо лишь подчеркнуть, что механическое приложение существующих представлений о разных видах мышления к объяснению причин его расстройств в плане регресса не может быть в достаточной мере обосновано и принято. Как

указывает А. В. Снежневский (1970), мнение ряда авторов о наступающем при психозах регрессе психической деятельности на онтогенетически ранние уровни развития не доказано, но можно предположить факт такого регресса.

Наглядно-действенное мышление. Наиболее важные его особенности составляют направленность на конкретные, воспринимаемые в данный момент предметы, и проявление в виде определенных действий с этими предметами. Данный вид мышления представляет собой «первичный», наиболее ранний вид интеллектуальной деятельности, не связанный с речью. Как указывает С. Л. Рубинштейн (1946), интеллектуальная деятельность формируется сначала в плане действия. По мнению Б. М. Теплова (1965), крупнейшим приобретением материалистической психологии является установление того факта, что и в филогенезе, и в онтогенезе генетически первой ступенью мышления может быть только наглядно-действенное мышление.

У высших приматов и детей в возрасте до двух лет данный вид мыслительной деятельности обозначается также как «сенсомоторное мышление» или, по выражению И. П. Павлова, — «ручное мышление». На этапе сенсомоторного мышления характер действия, которыми оно выражается, определяется кругом доступных манипуляций предметов. Так, в опытах В. Келлера шимпанзе пытается достать подвешенный на большой высоте плод с помощью ящиков, устанавливая их один на другой, либо, когда их нет, вскакивает на плечи экспериментатора, или, если на глаза попадает палка, сбивает плод ею. Не только вид действия, но и сам акт наглядно-действенного мышления становится возможным таким образом лишь с появлением в поле зрения того или иного предмета. В поведении и игровой деятельности детей раннего возраста основные особенности сенсомоторного мышления проявляются достаточно отчетливо, хотя и не вполне тождественно с «практическим интеллектом» приматов. Проявление наглядно-действенного мышления можно встретить и у взрослого человека. Например, в отношении предметов, о которых нет знания и опыта. Индивидуум в этих условиях действует наугад, «на ощупь», пытаясь методом проб и ошибок установить свойства объектов и существующие между ними отношения.

Существуют и зрелые формы ручного мышления. Его уровень определяется сложностью манипуляторных навыков. Как указывает Л. Леви-Брюль, несмотря на мистическую оторванность мышления, «первобытные люди» представили массу доказательств поразительной ловкости, находчивости, изобретательности и удивительного мастерства в охоте, рыболовстве, искусстве. В раскопках эпохи неолита

обнаружены каменные изделия, отличающиеся необыкновенным изяществом и совершенством форм, удивительным, казалось бы, знанием природы камня. Но тщетно было бы искать здесь знание. Это был многовековой опыт практического умения. И в наше время существуют массовые рабочие профессии, где можно что-то делать, не вдаваясь в теорию. Например, сортировать предметы, паять, сваривать детали, производить сборку механизмов, брошюровать книги, то есть «думать руками», оставаясь на уровне наглядно-действенного мышления. При психических расстройствах можно ожидать регресса мышления на этот уровень. Во всяком случае, у кататоников нечто подобное, вероятно, и происходит.

Наглядно-действенное мышление у детей осуществляется без участия речи, хотя зачатки речи на этом этапе развития интеллекта уже имеются. Мышление и речь имеют разные генетические корни, и их развитие идет по различным линиям, независимо друг от друга (Выготский, 1934). В возрасте около двух лет линии развития мышления и речи перекрещиваются, совпадают и дают начало совершенно новой форме поведения, столь характерной для человека. Ребенок в эту пору делает величайшее открытие в своей жизни — он открывает, что каждая вещь имеет свое имя (Штерн, 1922). С момента открытия символической функции речи он начинает активно расширять свой словарный запас, который скачкообразно увеличивается, спрашивает о каждой новой вещи: как это называется. Мышление с этого момента становится речевым, а речь — интеллектуальной. Вместе с тем речь не приобретает еще функции общения, она, по выражению Ж. Пиаже, является эгоцентрической. Как указывает Л. С. Выготский (1934), это речь внутренняя по своей психологической функции и внешняя по своей структуре, и она самым непосредственным образом обслуживает мышление ребенка. Из ранней детской речи берут начало две линии дальнейшего ее развития. Одна приводит к формированию внешней, коммуникативной речи, а другая — развитию внутренней речи или вербального мышления.

Ж. Пиаже различает три вида эгоцентрической речи: эхолалию, монолог и коллективный монолог. При эхолалии ребенок повторяет слова окружающих, причем может делать это несколько раз подряд, иногда коверкая слова, нанизывая сходные по созвучию выражения. Эхолалии принадлежит роль простой игры. Монолог является речевым сопровождением собственных действий, намерений, ребенок разговаривает наедине с собой. Нередко вслух называются предметы, воспринимаемые в данный момент. При коллективном монологе ребенок говорит в присутствии собеседников, ни к

кому конкретно, однако, не обращаясь, он громко говорит для себя перед другими. Эгоцентрическая речь встречается иногда у взрослых, имеющих привычку разговаривать вслух наедине с собой. Наряду с эгоцентрической, у детей существует и социализированная речь в виде вопросов, ответов, критики, приказаний, просьб и угроз, передаваемой информации, но все же до шести-семи лет дети больше говорят для себя и о себе, чем взрослые.

Наглядно-образное мышление. Данная форма мышления доминирует в дошкольном и раннем школьном возрасте. Мышление опирается здесь на чувственные образы воспринятых объектов. Ребенок думает только о том, что он наблюдает в данный момент. Пытаясь, к примеру, погасить свет, из двух стульев он выбирает тот, с которого достанет выключатель. Ребенок постарше сможет вспомнить и отыскать стул, с которого он это уже делал. На уровне наглядно-образного мышления становятся доступными действия с образами восприятия: сравнение, группирование. Во внимание при этом принимаются наиболее яркие внешние свойства объектов. Например, группирование предметов производится по признаку цвета, а не по назначению или скрытым качествам.

Данный вид мышления хорошо развит у взрослых людей с практическим складом ума — руководителей, менеджеров и представителей других операторных профессий, которым свойственно принимать решения в ходе непосредственного наблюдения за объектами своей деятельности, в ситуации «здесь и теперь». Как считает Б. М. Теплов, ум государственного деятеля, политика или полководца не является чем-то более элементарным, по сравнению с умом ученого, теоретика, и нет оснований считать работу практического ума более простой, чем работу ума теоретического.

Наглядно-образное мышление может нарушаться при чувственном бреде (бреду восприятия).

Образное мышление. Главной особенностью образного мышления является недостаточное развитие способности усваивать и использовать понятия, отличающиеся высокой степенью обобщения и абстрагирования. Место понятий занимают природные образы, объекты и явления в их ситуационных отношениях. Другими словами, вместо отвлеченных образное мышление предпочитает иметь дело с собирательными и конкретными понятиями. Отношения между образами строятся не по законам логики — преобладают «ситуационные связи», всякий раз меняющиеся в зависимости от конкретных обстоятельств или

эмоционального отношения к происходящему. Понимание логических отношений и отвлеченных понятий страдает, особенно если они не иллюстрируются простыми и наглядными примерами. Скрытый, глубокий смысл явлений не формулируется, рассказы о происшедшем пространны и наполнены массой излишних подробностей.

Специфическим вариантом образного является мышление художественное. Его своеобразие состоит в том, что глубинное чувство, не всегда ясно осознаваемое, выражается посредством конкретных образов действительности или особой системы символов. Подчас очень серьезные мысли излагаются в виде аллегорий, метафор, иных приемов иносказания. Примером художественного мышления могут служить также пословицы, поговорки, притчи. В этих простых и доступных формах переплавлены мудрость и представления о непреходящих ценностях жизни.

Отвлеченное или теоретическое мышление. Основными его особенностями являются: строгое соблюдение принципа реальности, то есть направленность на познание объективной действительности и последовательное применение достоверных критериев истины; использование общих и абстрактных понятий, отношения между которыми строятся в соответствии с законами логики; доминирование объективных ценностей и сведение роли субъективного в мышлении до минимума — Платон мне друг, но истина дороже. Познавательная деятельность мотивируется исключительно поисками объективной истины, а не выгоды, удовольствия или пользы — «истина светит сама для себя». Примером наиболее развитой формы отвлеченного мышления может служить научное мышление.

Приоритет в разграничении теоретического и практического мышления принадлежит Аристотелю. «Теоретический ум не мыслит ничего относящегося к действию и не говорит о том, чего следует избегать и чего надо домогаться. Для решения практических задач нужна другая способность».

В описании упомянутых форм мышления отражена их реалистическая ориентация, направленность на внешний, объективный мир. Различие между ними состоит лишь в форме, в которой осуществляется мыслительный процесс, — действие, образ, представление, понятие. Что касается нижеследующих видов мышления (аутистическое, пралогическое, религиозное, эгоцентрическое), то их объединяет выраженная в разной степени субъективная направленность, та или иная степень отхода от принципа реальности.

Аутистическое мышление. Основные признаки аутистического мышления, по Е. Блейлеру (1927) таковы. Во-первых, это алогичное мышление, мышление, для которого логика или какие-то регулярные правила движения мысли не являются сколько-нибудь важными и тем более обязательными. Аутистические идеи находятся в грубом противоречии не только с действительностью, но и между собой, с точки зрения логики они абсолютно бессмысленны. «Самые противоречивые желания могут существовать наряду друг с другом и получать даже выражение в одних и тех же аутистических мыслях: быть опять ребенком, чтобы простодушно наслаждаться жизнью, и быть в то же время зрелым человеком, желания которого направлены на большую работоспособность, на важное положение в обществе, жить бесконечно долго и заменить одновременно это жалкое существование нирваной; обладать любимой женщиной и сохранить вместе с тем для себя свободу действий...». Игнорируются не только логические, но и временные отношения. Аутизм «... перемешивает бесцеремонно настоящее, прошедшее и будущее. В нем живут еще стремления, ликвидированные для сознания десятки лет тому назад; воспоминания, которые давно уже стали недоступны реалистическому мышлению, используются им как недавние, может быть им даже отдается предпочтение, так как они меньше наталкиваются на противоречие с актуальностью».

Во-вторых, аутистическое мышление тенденциозно. «Цель достигается благодаря тому, что для ассоциаций, соответствующих стремлению, прокладывается путь, ассоциации же, противоречащие стремлению тормозятся, то есть благодаря механизму, зависящему, как нам известно, от влияния аффектов. Между аутистическим и обычным мышлением не существует резкой границы, так как в обычное мышление очень легко проникают аутистические, то есть аффективные элементы». Аутистические идеи соответствуют не реальности, а возникающим стремлениям, желаниям, коренящимся в потребности удовольствия. Аутистическое мышление может быть определено в связи с этим, как мышление эмоциональное или «кататимное» (Майер, 1914).

Третья особенность аутистического мышления касается способа выражения мысли: «Аутизм пользуется первым попавшимся материалом мыслей, даже ошибочным,... он постоянно оперирует с недостаточно продуманными понятиями и ставит на место одного понятия другое, имеющее при объективном рассмотрении лишь второстепенные общие компоненты с первым, так что идеи выражаются в самых рискованных символах». В символике с наибольшей отчетливостью обнаруживается «прирожденный» характер аутистического мышления. Символика «повсюду отличается

невероятным однообразием, от человека к человеку, из века в век, от сновидения вплоть до душевной болезни и до мифологии... Одни и те же комплексы всегда дают повод к символике, и средства для их выражения всегда одинаковы... Символы, известные нам из очень древних сказаний, мы вновь находим в бредовых построениях наших шизофреников...».

Наконец, аутистическое мышление характеризует и то, что его механизмы создают удовольствие самым непосредственным образом: «Тот, кто удовлетворяется аутистическим путем, имеет меньше оснований или вовсе не имеет оснований к тому, чтобы действовать».

Аутистическое мышление, как подчеркивает Е. Блейлер, во многих отношениях противоположно реалистическому. Автор указывает, что оно является юной в филогенетическом отношении функцией, которая присоединяется к реалистической к тому времени, когда создаются более сложные и точные понятия и с этих пор развивается вместе с ней. Аутистическое мышление берет начало в возрасте двух, трех лет, с появлением у детей способности фантазировать.

Пралогическое мышление. По имеющимся в литературе описаниям, это качественно иной способ мышления, отличающийся как от реалистического, так и аутистического. В отличие от последнего, пралогическое мышление не является алогичным, бессистемным и внутренне противоречивым, напротив, оно осуществляется в соответствии с определенными целями и законами, далекими, однако, от логических. Кроме того, оно ориентировано не в сторону удовольствия и ставит целью контроль над реальностью, и выражается не пассивной игрой воображения, а вполне определенными, хотя и символическими действиями. Вместе с тем пралогическое мышление или, по К. Юнгу, архетипы, древние мыслеформы, отличается и от реалистического мышления. Главное различие состоит в том, что пралогическое мышление оставляет без внимания причинно-следственные связи объектов и усматривает в происходящем участие сверхъестественных сил. По Fr. Klix (1980), наиболее примечательными особенностями архаического мышления (то есть мышления людей, начиная с Кроманьона и кончая примерно десятым тысячелетием до н. э.) являются тотемизм и магия, культ и мифы, вера в демонов и потусторонние силы. Оно основано на регистрации связей, непосредственно выступающих в восприятии, хотя в его глубинах заложено имплицитное предположение, что «за всеми событиями стоят их причины, все события детерминированы».

Основу пралогической или архаической «мыслительной

структуры» составляют закон подобия и закон партиципации (сопричастия; контактности) — Д. Д. Фрезер (1980).

Согласно первому закону архаического мышления, любое явление может быть вызвано путем его имитации. Например, у жителей острова Суматра бесплодная женщина, пожелав стать матерью, делает деревянную куклу и затем некоторое время держит ее на коленях, подражая родам. Она убеждена, что эти действия дадут ей возможность иметь ребенка. В повести Ф. М. Достоевского «Село Степанчиково и его обитатели» Фома Фомич вынуждает Егора Ильича сбрить бакенбарды, рассуждая следующим образом: бакенбарды делают Егора Ильича похожим на француза и в этом заключается причина отсутствия у него патриотических чувств.

Закон партиципации состоит в следующем: свойства одного предмета переходят на другой при их соприкосновении; воздействие на один предмет распространяется на другой, находившийся ранее в контакте с первым. Так, у гуичолов считалось, что перья сокола и орла обладают способностью видеть и слышать все. Шаманы гуичолов, надевая перья на себя, «приобретали» таким образом свойства названных птиц. Еще во времена Н. Шекспира считалось, что смазывание оружия, которым нанесена рана, способствует более быстрому ее заживлению. Именно по этой причине «первобытный человек не меньше, чем о своем имени или изображении, беспокоился о своей тени. Если бы он потерял свою тень, то он считал бы себя безвозвратно потерянным» (Леви-Брюль, 1934). У туземцев острова Фиджи считается смертельной обидой наступить на чью-либо тень. В Западной Африке «убийства» совершаются иногда путем вонзания ножа или гвоздя в тень человека — «преступник», пойманный с поличным, немедленно подвергается казни. С законом сопричастия связаны многие другие вещи, в частности, магия слов. Слово могло само обладать свойствами предмета, который оно обозначало, а воздействие на слово передавалось на этот предмет. У кафров, свидетельствует Д. Фрезер, существовал своеобразный способ исправления правонарушителей. Имя вора следовало в течение трех суток отваривать в настое целебных трав. Перед этим это имя произносили над котлом, а крышку тут же закрывали. Нравственное возрождение тем самым было обеспечено, даже если правонарушитель ничего не знал об этой процедуре.

Законы пралогического мышления являются причиной неожиданных и совершенно непонятных на первый взгляд умозаключений. На их основе может совершаться, например, ложная идентификация одного человека с другим, людей и животных с их изображениями, с неодушевленными

предметами. Так, бороро (племя Северной Бразилии) «совершенно спокойно говорят, что они уже сейчас являются настоящими арапа (разновидность попугаев), как если бы гусеница заявила, что она — бабочка» (фон-ден-Штейн). Известно, что у многих народностей, сохранивших основные черты пралогического мышления, пластические изображения живых существ считаются столь же реальными как и сами изображаемые животные. В Северной Африке, свидетельствует Л. Леви-Брюль, мандалы говорили, что портреты заимствовали у своих оригиналов часть их жизненного начала. «Я знаю,— говорил один из мандалов,— что этот человек уложил в свою книгу многих наших бизонов, я знаю это, ибо я был при том, когда он это делал, с тех пор у нас нет больше бизонов для пропитания». Столь же своеобразным является отношение первобытного человека к собственному имени, что отразилось в магии имен.

Одним из признаков пралогического мышления считают рассуждения, построенные по принципу: после этого, значит, вследствие этого. Л. Леви-Брюль иллюстрирует его следующим наблюдением: «В Танне (Новые Гебриды) туземец, проходя по дороге, видит, как на него с дерева падает змея; пусть он завтра или на следующей неделе узнает, что сын его умер в Квисленде, и уж он обязательно свяжет эти два факта». Это тип мышления, при котором место причинно-следственных связей занимают отношения смежности между событиями, оказавшими сильное эмоциональное впечатление. Данное обстоятельство объясняет, между прочим, тот неизменный успех гадалок и ворожеев, каким они пользовались у простодушных людей всех народов и продолжают ими пользоваться по сей день. Что бы не случилось, суеверный человек непременно свяжет предсказанное гадалкой событие, если оно хотя бы через много лет состоится.

На уровне «первобытного мышления» незнание действительных причин происходящих событий восполняется верой в существование нематериальных потусторонних сил, в телепатию, во всеобщее одушевление, в спиритизм, прорицание, перевоплощение, в мистику вообще. Мистическая ориентация мышления выражается, кроме того, уверенностью в том, что на ход реальных событий можно влиять посредством колдовских приемов. В соответствии с законами архаического мышления различают следующие виды магии: гомеопатическую и контагиозную. Первая основана на законе подобия и представляет собой действия (включая речевые и мысленные) с изображением объектов или подражание с целью породить желаемое событие. Так, если индеец племени оджибеев хочет убить врага, то мастерит похожую на него куклу, а затем сжигает и хоронит ее под магические

заклинания. Закон сопричастия составляет «теоретическую» основу контагиозной магии. Примерами последней служат колдовские способы воздействий на человека через его одежду, остриженные ногти, волосы, следы на земле и т. п. Белая магия — это колдовство с благими намерениями, например, для исцеления больного. Черная магия — имеет целью причинение вреда («порча», «сглаз», «наговор» и т. д.). Суеверные люди до сих пор продолжают считать, что остриженные волосы не следует выбрасывать на улицу, их нужно сжигать, иначе будет болеть голова. Система магических приемов образует ритуал, церемонию, обряд. Ритуалами могут быть как действия, так и запреты на них — табу. Следствием мистической установки мышления может быть убеждение в том, что естественный ход событий целиком определяется оккультной практикой. Результаты личной деятельности объясняются точно так же. Удачная охота, например, связывается дикарем не с умением, находчивостью, мастерством или удачным стечением обстоятельств, а рассматривается как следствие совершаемых перед тем обрядов. Способность «управлять» грозными явлениями природы, присваиваемая наиболее ловкими соплеменниками, шаманами, вождями, приводит к появлению у последних идей могущества и убеждения в том, что они являются временным («вдохновение») или постоянным («одержимость») средоточием сверхъестественных возможностей. Естественно, соплеменники бывают вполне индуцированы этими явлениями. Неудачи, болезни, стихийные бедствия приписывают влиянию колдовских чар, насылаемых врагами или объясняются «плохой работой» своих колдунов. Печальная участь последних была в этом случае предreshена. Архаичные представления обнаруживают очевидное внешнее сходство с бредовыми идеями величия, могущества, воздействия у современных пациентов и многих внешне здоровых людей, проникшихся верой в порчу, телепатию, ясновидение, глазное прорицание, гомеопатию и многое другое.

Существенным признаком пралогического мышления считается отчуждение результатов собственной психической активности, отношение к ним как к посторонним, внешним по отношению к индивидууму. Об этом свидетельствует, например, свойственная предкам объективизация сновидений — «реализм сновидений», — вера, проделавшая долгий путь из прошлого в наше время. «Первобытные люди, — указывает Л. Леви-Брюль, — вполне сознательно придают столько же веры своим сновидениям, сколько и реальным восприятиям». Более того, сновидения рассматриваются как высшая форма восприятия реальности. Душа спящего, как верили, на время сна вылетает из тела и видит то, что воспринимается как сновидение. Сновидение не отличается от яви и более того, считается большей реальностью, чем она сама. Если дикарь

видел сон, в котором на стойбище напало враждебное племя, и рассказал об этом, соплеменники немедленно меняли место стоянки. Границы между «Я» и реальным миром в первобытном сознании размыты, нечетки, неопределенны. Собственное тело также может восприниматься как нечто постороннее, не включенное в структуру «Я». На это указывают, в частности, обряды принесения жертв отдельным частям тела, тенденция к их одушевлению. Другими словами, пралогическому мышлению отвечает адекватный ему уровень развития самосознания, весьма напоминающий явления деперсонализации пациентам наших дней.

Характерная особенность «первобытного мышления» состоит также в том, что один объект может рассматриваться в качестве эквивалента любого другого, если между ними обнаруживаются черты сходства. Так, в обрядах вызывания вождя любой темный предмет как бы замещает собой дождевую тучу, и на него направлены соответствующие ритуалы и заклинания. Мышление, таким образом, обнаруживает черты символики: случайный внешний признак может стать самостоятельным носителем значения целого.

Религиозное мышление. Находится в генетической связи с мистическим и в историческом плане формируется позднее. В своей повседневной активности религиозное мышление признает существующий порядок вещей, согласуется с требованиями реальности и логики. Закономерности объективного мира рассматриваются, однако, не как природные, естественные, а считаются выражением трансцендентальных сил, стоящих вне и над природой. Способность непосредственного управления природными и общественными явлениями, какую приписывает себе мистическое мышление, антропоцентрическая позиция человека в мире уступает в религиозном сознании место апелляциям к высшим силам, мировому духу, богу. Верующий убежден, что все в этом мире подвластно всезнающему и всемогущему богу, в том числе и судьба человека. Он осознает себя песчинкой, ничтожеством, полностью зависимым от провидения. «Блаженны нищие духом, ибо их есть царство небесное». В ряде религий допускается существование потустороннего мира, жизни и воздаяния после смерти. Утверждение нравственных ценностей сочетается в религии с мистицизмом (молитвы, поклонение иконам, святым мощам, близкая к языческой обрядность и т. п.). Вытеснение нравственного начала первобытным мистицизмом и заставило Л. Н. Толстого выразить свое недоверие церкви.

Эгоцентрическое мышление. Понятие «эгоцентризм» было использовано Ж. Пиаже для того, чтобы «определить изначальную неспособность децентрировать, менять данную

познавательную перспективу». «Познавательный эгоцентризм, — указывает Ж. Пиаже (1962), — опирается на недостаточное отдифференцирование своей точки зрения от других возможных». В научном плане, как считает автор, «требуется века, чтобы избавить нас от систематических ошибок, от иллюзий, вызванных непосредственной точкой зрения, противоположной «децентрированному» систематическому мышлению. И это освобождение далеко не полно и теперь... Однако процесс такого же рода может быть обнаружен и у маленьких детей... Мое описание развития понятия «брат» показывает, что ребенку, который имеет брата, требуется усилие, чтобы понять, что его брат также имеет брата, что это понятие предполагает взаимное отношение, а не абсолютную «собственность». Эгоцентрическая установка мышления выражается неспособностью разделить и понять иные взгляды, посмотреть на происходящее и самого себя глазами другого человека. Так, если ребенок закрывает глаза и никого не видит, то он при этом думает, что не видят и его. Наряду с синкретизмом эгоцентрическому мышлению, по Пиаже, свойственен также феномен несогласованности объема и содержания понятий: на вопрос, чего в рисунке больше, физических тел или живых существ? — изображены два камня, три ведра, семь собак и две лошади — следует ответ — живых существ больше. Аналогичные ответы у взрослых бывают в условиях дефицита времени. Характерно, кроме того, отсутствие представлений о сохранении количества: если воду из широкого стакана перелить в узкий, то дети думают, что в узком стакане жидкости становится больше, поскольку уровень ее там повышается. Наконец, детскому эгоцентризму присущ феномен трансдукции — смешение случайных признаков объекта с существенными. Дети, к примеру, могут считать солнце живым на том основании, что оно движется.

Познавательный эгоцентризм свойственен и взрослому человеку. Так, если кто-то, входя в комнату, восклицает, что тут холодно, он демонстрирует собственный эгоцентризм. В отдельных случаях последний проявляется весьма отчетливо, например, у психопатических личностей паранойяльного склада. Таким лицам присуща неспособность учесть или разделить точку зрения другого человека. Они с трудом могут представить себе, что кому-то может быть неясно, что им представляется очевидной истиной, что кто-то думает иначе, имеет свое мнение, в состоянии возразить. Критика собственных суждений ослаблена — они кажутся более обоснованными, чем это есть на самом деле. Если возникает убеждение, что личные взгляды имеют значительную объективную ценность, — а это легко может случиться — обнаруживается склонность навязывать свое мнение, диктовать, типичны чрезвычайное упорство и неподатливость в спорах. Даже очевидное противоречие с фактами не скоро

может поколебать уверенность в своей правоте, собственные ошибки редко признаются и исправляются. Несогласие окружающих воспринимается с недоверием, обидой, как насмешка или оскорбление, как проявление враждебности или свидетельство глупости. Характерно повышенное мнение о себе, нарциссизм, и связанные с ним утрированные представления о долге, справедливости, других этических понятиях. Эгоцентрические суждения отличаются категоричностью, слиянием факта с отношением к нему, причем часто высказываются в поучающей манере, тоном, не допускающим возражения, хотя объективно могут быть поверхностными, недостаточно компетентными. В речи очень много арбитральных высказываний и почти либо вовсе не встречается выражений, указывающих на личный характер мнения, допускающих возможность иного понимания,— таких, как «мне кажется, я думаю, я считал бы, на мой взгляд». Скорее напротив, безапелляционная форма суждений лишь подчеркивает претензию на окончательную точку зрения в том или ином вопросе. Эгоцентрическая личность не способна посмотреть на себя со стороны, «походить в чужих ботинках», не может оценить себя реалистически, выйти из узких рамок своего «Я» на позиции беспристрастного, объективного наблюдателя.

Отношения между вышеописанными видами мышления сложны и едва ли могут быть выражены терминами субординации. Так, касаясь вопроса о соотношении логического и пралогического мышления, Л. Леви-Брюль высказывает следующее мнение: «Не существует двух форм мышления у человечества, одной пралогической, другой логической, отделенных одна от другой глухой стеной, а есть различные мыслительные структуры, которые существуют в одном и том же обществе и часто,— быть может, всегда,— в одном и том же сознании». Сходную мысль, разграничивая аутистическое и реалистическое мышление, высказывает Е. Блейлер: «Существуют степени аутистического мышления и переходы к реалистическому мышлению, однако в том лишь смысле, что в ходе мыслей аутистические и реалистические понятия и ассоциации могут встречаться в количественно-различных отношениях. Определенно можно говорить не об отношениях иерархии, а лишь о том, что у одного и того же человека ориентация мышления способна все время меняться. Это зависит от множества причин и может быть связано, в частности, с болезнью. Бывает и так, что мышление протекает одновременно в двух и трех разных планах. Например, реалистически оценивая происходящее, верующий человек в то же время склонен к мистическим интерпретациям и ему трудно однозначно определиться в своих выводах».

5.2. Психопатология мышления и речи

Общепринятой классификацией чрезвычайно разнообразных нарушений мыслительной деятельности не существует. В клинической практике принято различать нарушения мышления по таким формальным признакам, как темп, связность, стройность и выделять помимо того, патологию суждений или бредовые идеи и явления слабоумия. Иные подходы используются в патопсихологии. Так, В. В. Зейгарник (1962) выделяет три вида патологии мышления: нарушения операционной стороны, расстройства динамики, а также мотивационного компонента мышления. Имея в виду существующие принципы систематики отклонений в мышлении, данные психологии и этнопсихологии о многообразии форм мышления, а также с учетом нужд потребностей клиники опишем следующие виды патологии мышления: нарушения динамики, связности процессов мышления, патологию отдельных видов мыслительной деятельности и патологию суждений (бредовые идеи). О слабоумии, то есть расстройстве интеллекта речь пойдет отдельно.

Нарушения динамики мышления. Характеризуются расстройства темпа, ритма и произвольного характера мыслительной деятельности. Различают ускорение, заторможение, тугоподвижность мышления, закупорки и обрывы мысли, ментизм, а также нарушения, выражающиеся речевыми итерациями.

Ускорение мышления (тахифрения). Характеризуется облегченным возникновением и быстрой сменой мыслей, воспоминаний, представлений, увеличением их общего числа в единицу времени. Субъективно переживается как интеллектуальный подъем, обострение воображения, особая ясность мыслей. Одновременно с этим часто наблюдается ускоренная, громкая речь, повышенная говорливость. Похоже, больные утрачивают способность думать про себя, преобладают внешние формы речевой активности. Речь все более приближается к монологу. При легком ускорении течения ассоциаций может возрастет творческая активность и интеллектуальная продуктивность в целом. По мере дальнейшего нарастания темпа мышления качество умственной деятельности ухудшается. Внимание становится поверхностным, отвлекаемым. Вначале преобладает «внутренняя» отвлекаемость в виде увеличения числа побочных ассоциаций и воспоминаний, затем все более заметной становится «внешняя» отвлекаемость, при которой внимание легко отклоняется случайно оказавшимися в поле зрения объектами. Преобладают образные представления над абстрактными идеями. Логические отношения подменяются

ситуативными, а также механическими ассоциациями по сходству, смежности, контрасту. В выраженных случаях ускорения мышление приобретает характер «скачки идей» — галопирующий поток мыслей становится совершенно неуправляемым. Собственно, пациенты уже «не думают», мысли возникают спонтанно, сами по себе. Речь отстает от хода мыслей, высказывания неполны, отрывочны, успевает произноситься далеко не все, о чем были мысли. На высоте болезненного состояния мышление и речь становятся бессвязными, отвлекаемость внимания достигает степени гиперметаморфоза. Ускорение мышления наблюдается при маниакальных состояниях, во время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алкогольного и наркотического опьянения. Ускоренное течение ассоциацией может маскировать другие более тонкие нарушения мышления.

Заторможенность мышления (брадифрения). Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Заторможение мышления наблюдается при депрессии.

Тугоподвижность мышления (торпидность, вязкость). Замедление темпа мыслительных процессов в виде затруднений в переходе от одной мысли к другой или с одной темы на другую, повторяемости, топтании на месте, вследствие длительной фиксации предшествующих ассоциаций, их инертности, прилипчивости. Торпидными становятся также речь, и действия. Обычно сопровождается снижением уровня мышления, обеднением речи (олигофазия, упрощение или громоздкость грамматических структур, обилие неточностей, а также слов, не несущих смысловой нагрузки). Наблюдается при эпилептическом слабоумии.

Закупорка мышления (шперрунг) — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове,

провал, перерыв, закупорка мыслей». Могут появляться отдельные мысли, которые тут же «тают», не складываясь во что-либо определенное. При чтении в это время не узнаются слова, плохо понимается значение длинных фраз — «слышу, что говорят, но не понимаю, не доходит смысл». Приостанавливается не только мышление, нарушается также способность представлять, реагировать и действовать. Забывается, что и как надо было делать, зачем понадобился перед тем тот или иной предмет, каково его назначение. Узнавание предметов как будто сохраняется. Больные беспомощно топчутся на одном месте, бесцельно перебирают или перекладывают предметы, могут произносить одни и те же слова, фразы. Сознание обычно не нарушается, воспоминания об этих состояниях сохраняются. Однако нет оснований утверждать, что блокада психической деятельности не может быть тотальной и захватывать также активность сознания. Вот как описывает состояние пациент: «Не понимаю, где нахожусь, с кем, что это я, нет мыслей, чувств». Подобные эпизоды длятся несколько секунд, не сопровождаются утратой сознания, но в них выявляется расстройство самосознания в виде блокады чувства «Я». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились. Наблюдаются при шизофрении, могут быть выявлены уже в начале болезни. Относятся к «базисным» нарушениям психической деятельности, свойственным данной болезни (Нивеч, 1976).

Обрыв мысли. Состояние, напоминающее шперрунг. Переживается как беспричинное внезапное исчезновение нужной мысли, потеря нити рассуждений, забывается, о чем хотелось сказать и что было сказано перед этим. Способность мыслить, реагировать, действовать при этом не утрачивается. Потерянная мысль может вернуться сразу же, но иногда ее не бывает часами, сутками, после чего она столь же неожиданно появляется в сознании. Попытки пациентов вспомнить забытое оказываются безуспешными. Иногда они говорят, что мысли «отнимают, воруют». Обрыв мысли представляет собой ранний, не столь тотальный прототип шперрунга. Часто встречаются внешне сходные, но по существу отличающиеся от обрыва мысли нарушения. Так, при астенических состояниях пациенты постоянно отмечают потерю мыслей. Как правило, это бывает во время беседы. Обычно выясняется, что больные при этом отвлеклись побочными соображениями, случайно о чем-то вспомнили, что-то постороннее привлекло их внимание или их кто-то перебил. Почти всегда им удается вспомнить забытую мысль. Досадуя, они стараются контролировать себя, более цепко держать мысль, а когда это не удается, пытаются маскировать неудачи.

Причиной последних является ослабление произвольного

внимания. Не менее часто встречается внезапная, связанная с цейтнотом забывчивость на названия или имена. В большинстве случаев она не является обрывом мысли, но указывает на снижение памяти, ее скорости.

Наблюдаются кроме того, психогенно обусловленные остановки мышления, например, состояния «экзаменационного ступора», при которых теряется способность к связному изложению и забываются хорошо знакомые сведения. Сильное волнение вообще препятствует свободному течению мышления. Короткие задержки мышления встречаются также у больных эпилепсией (Блейлер, 1920). По типу шперрунга возникают припадки височной эпилепсии. Шперрунги и обрывы мысли, равно как и другие проявления психического автоматизма нельзя считать прерогативой шизофрении. Быть может и реже, но они встречаются также при экзогенно-органических психозах.

Нередко наблюдаются состояния, близкие шперрунгу и напоминающие вместе с тем абсансы и короткие приступы амбулаторного автоматизма больных эпилепсией. Так, по словам больной, она часто «отключается» — внезапно слышится «щелчок в голове, теряется соображение». Последующее помнится смутно, лишь отдельные детали. Сообщает, что в это время моет иногда под краном голову. Затем «слышится повторный щелчок», после чего она приходит в обычное состояние. Длительность указанных эпизодов не превышает нескольких минут. В другом наблюдении больная сообщает о «провалах памяти»: «Иду, например, домой и вдруг отключаюсь. Очнусь, а дом остался позади. Что в это время делаю — не помню. Когда прихожу в себя, кажется прошло много времени, но на самом деле все длится несколько минут. Стала хуже память: забываю слова в разговоре, могу сказать не то слово, забывается, что хотела сказать». Разграничение упомянутых нарушений от эпилептических пароксизмов может быть проведено лишь с учетом всей совокупности клинических данных.

Как видно из предыдущего описания, объем психической деятельности, блокированной во время шперрунга, может быть неодинаковым. Существуют, очевидно; разные по тяжести клинические варианты шперрунга.

Предполагаемая шкала тяжести состояний шперрунга могла бы быть такой: обрыв мысли — блокада вербально-логического и образного мышления — блокада всех когнитивных процессов при сохранении ясного сознания — выключение когнитивной деятельности, а также самовосприятия и сознания, что весьма сближает шперрунг с абсансом. Существует, вероятно, возможность того, что шперрунг распространяется также на

продуктивные расстройства, например, галлюцинации. Встречаются пациенты, которые сообщают о внезапных паузах, во время которых голоса вдруг полностью исчезают, а затем столь же внезапно возобновляются.

В клинической картине припадков Клооса, относящихся к катаплектическим расстройствам, также возникают перерывы в течении мыслей, сопровождаясь ощущением пустоты в голове и временным параличом самовосприятия. Иллюстрацией припадков Клооса может служить следующее наблюдение. Больной описывает пароксизмально возникающие у него расстройства следующим образом: «Исчезают вдруг мысли, забываю, что должен делать, откуда и зачем пришел, куда иду. Резкая слабость во всем теле, внутри холод, обрываются вниз все органы. Тело легкое, будто его нет совсем. В это время стою на месте, не двигаюсь, не могу ничего сказать, даже шевельнуть пальцем. Потом это сразу проходит, само по себе или если меня окликнут». А. В. Снежневский (1968) указывает, что припадки Клооса могут наблюдаться в начале шизофрении.

Ментизм (мантизм). Непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания — «Ералаш в голове, тысяча мыслей, летит, не запоминается». Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное. Пациент сообщает: «Мысли приходят самопроизвольно. Читаю, и — раз, ударит—погиб отец, кто-то расстрелял моих детей». Таким же образом возникают необычные желания: «Вдруг появляется импульс прыгнуть с лестницы, под машину — в этот момент ни о чем не думаешь, лишь бы прыгнуть». Ментизм проявляется вторжениями отдельных странных мыслей, непродолжительными эпизодами насильственного мышления, может длиться неопределенно долго. Непроизвольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику: «Голова все время под напряжением, мозг не отключается, не отдыхает, думается все время, и днем, и ночью. Кажется, кто-то думает за меня. Было ощущение, будто мысли наводили гипнозом. Мыслей много, они разные, не запоминаются». Ментизм может быть образным, в виде калейдоскопически быстро сменяющихся бессвязных представлений или воспоминаний разного содержания. У депрессивных больных могут возникать беспрерывно наплывающие мысли, яркие образы, созвучные подавленному фону настроения: мысли о смерти, гибели близких, несчастиях, сценах самоубийства, собственных похорон. Больных часто пугает «завораживающее» действие возникающих мыслей и образов, их привлекательность,

возможность того, что они могут осуществиться. Поток мыслей депрессивного содержания обозначают термином «депрессивный ментизм». Явления ментизма свойственны также астеническим, невротическим состояниям, наблюдаются у пациентов с последствиями травматического поражения головного мозга. Особенно часто встречаются перед засыпанием, в дремотном состоянии — гипнагогический ментизм. Невольно вспоминаются впечатления дня, неприятности, собственные промахи, сами собой являются какие-то мысли, мелькают лица, проносятся картины, все больше напоминая сновидения. Депрессивный, астенический, травматический варианты ментизма отличаются от ментизма в более узком и традиционном его понимании, то есть параноидного ментизма (наблюдающегося в структуре галлюцинаторно-параноидного синдрома).

Речевые итерации (стереотипии, словесные тики) выражаются произвольным, часто многократным повторением слов или фраз, произнесенными как самим больным, так и окружающими. Повторение бывает спонтанным или выявляется в ответах на вопросы.

К речевым итерациям относятся палилалия, вербигерация, персеверации, возвращающиеся выражения, эхολалия, а также письменные ее варианты — палиграфия и эхография (Критчли, 1974).

Палилалия, впервые описанная Brissaud, заключается в произвольном повторении пациентом два раза или более последнего слова, фразы или предложения, сказанных им самим. Так, после ответа на вопрос о сегодняшнем числе (ответ: «Не знаю — численника нет»), выражение «численника нет» повторяется без перерыва несколько раз подряд. Больной правильно перечислил дни недели, а затем, не останавливаясь, повторяет сказанное еще дважды. Данный феномен называют «симптомом граммофонной пластинки» Майер-Гросса или «стоячими оборотами речи» (некоторые авторы не относят его к проявлениям палилалии, ограничивая последнюю многократным повторением лишь одного слова). Слова, по мере их повторения, становятся все более «обрывистыми» или частично «проглатываются», голос затихает, в то же время скорость проговаривания нарастает. Палилалия проявляется не только в ответах на вопросы, но также в спонтанной речи. Возникает как в отношении «интеллектуальной речи», так и эмоциональных восклицаний, брани и других форм речи более «низкого уровня». Как правило, не касается произношения автоматизированных речевых оборотов. Речевые итерации достигают 20 повторений и более, в конце повторение может быть беззвучным — «афоническая палилалия». Палилалия — симптом

стриопаллидарного поражения, наблюдается при постэнцефалитическом паркинсонизме, псевдобульбарном синдроме, болезни Пика, Альцгеймера, других абиотрофических процессах. От палилалии следует отличать пали-логию — индивидуальную особенность некоторых ораторов умышленно повторять слова или фразы с целью смыслового подчеркивания.

Вербигерация — повторение бессмысленных выражений, коверкание или нелепое нанизывание слов и звуков. Так, больной на протяжении нескольких часов выкрикивает одну и ту же фразу: «Солнце с мясом не играют!». Или говорит: «Ах, так, вах, чвах, брах, тух, жух...». Речевые стереотипии этого рода характерны для шизофрении, встречаются при кататоническом возбуждении. При тревожной депрессии, сопровождающейся двигательным и речевым возбуждением, наблюдается вербигерация в виде многократного повторения восклицаний отчаяния: «Погибаю, спасите меня!.. Боже мой, что теперь делать!..».

Персеверации — застревание ответов на вопросы. Сообщив свою фамилию, на последующие вопросы (касающиеся возраста, адреса) больной продолжает называть фамилию. Персеверации наблюдаются при поражении сенсорного центра Вернике, встречаются при оглушенности сознания.

У больных с грубой афазией встречаются речевые стереотипии, обозначаемые как «возвращающиеся выражения». Речь ограничена единственной фразой или словом, используемым в любых случаях, каким бы неуместным или нелепым оно при этом ни было. Так, у больного после черепно-мозговой травмы речевой стереотипией было слово «Помогите!» Джексон предполагал, что слова, образующие речевую итерацию, связаны с мыслями больного в момент мозговой катастрофы и представляют собой ту фразу, которую он намерен был произнести перед потерей сознания.

Эхолалия — произвольное повторение в неизменном виде или с некоторыми вариациями речи (слов, отдельных фраз) окружающих. Иногда повторяется последнее услышанное слово — митигированная эхолалия (некоторые авторы митигированной называют эхолалию, когда пациент повторяет вопросы врача, видоизменяя интонацию или построение фразы). Например, полностью или частично, без изменения особенностей произношения могут повторяться ответы или вопросы собеседника. Эхолалия может быть отставленной. Так, ребенок в точности воспроизводит фрагменты услышанной взрослой речи некоторое время спустя — фонографизмы. Эхолалия наблюдается при кататонии в рамках шизофрении, кататоноподобных состояниях, сенильной

деменции, других атрофических процессах, при синдроме Каннера, регрессивных синдромах в детском возрасте.

Палиграфия — вариант письменной речевой итерации. Так, в письме больного на четырех страницах повторяется одно и то же бессмысленное выражение: «фе-те-тере фе-те-те». Точно также может повторяться множество раз бессмысленный рисунок.

Эхография — письменное копирование текста, предложенного в качестве образца, но не для списания. Эхография может проявляться повторением в письме речи окружающих. Так, в ответ на просьбу написать свое имя, больной полностью воспроизводит текст предложенного задания.

Логоклония — спастическое многократное повторение отдельных слогов произносимого слова. Логоклония, распространяющаяся с начальных слогов слов на промежуточные и затем конечные, считается характерной для болезни Альцгеймера. Логоклония встречается также при болезни Пика, при органических психозах и процессах.

Нарушения связности процессов мышления.

Разорванность мышления. Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Прекрасным литературным примером разорванности мышления является бессмысленный диалог ответчика и истца в книге «Гаргантюа и Пантагрюэль» Франсуа Рабле. Клиническим примером разорванности может служить следующий отрывок речи больного шизофренией: «Голоса — это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Чувашову на мусорной яме бритвенным прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки с клапанов без понимания цилиндра...». В данном наблюдении на фоне разорванности выявляются также речевые итерации в виде вербигерации («... рук с руками руковых рук...»).

Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не

обращается внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное, слушает ли вообще. В отличие от сенсорной афазии понимание речи окружающих не нарушено. Не страдает также понимание назначения предметов, до известной степени сохраняется способность к целенаправленной предметной деятельности — процессы наглядно-действенного мышления протекают на удовлетворительном уровне. Это выражается диссоциацией между внешне упорядоченным поведением и возможностью выполнять пусть несложные трудовые операции, с одной стороны, и глубокой разорванностью речи, — с другой. Разорванность мышления может наблюдаться в письменной речи.

Наряду с монологами разорванной речи — шизофазией, разорванность мышления может проявляться симптомом мимотворчества. Встречаются различные виды мимотворчества. Это могут быть мимотворчества, в которых игнорируется содержание вопроса и отсутствуют логические связи в самом высказывании. Например, на вопрос о самочувствии больной отвечает: «Тюрьма — школа науки, работы и жизни трактора». В другом варианте мимотворчества произносятся фразы, которые сами по себе не лишены смысла, однако не находятся в логической связи с задаваемым вопросом. Так, на вопрос о том, как он спит, больной сообщает: «Вчера весь день шел дождь, но лично мне больше нравится гроза». К проявлениям разорванности можно отнести, очевидно, и такие ответы, которые даются в ином логическом аспекте, хотя и находятся в плане заданного вопроса. На вопрос, изменилась ли его память, больной отвечает: «Зрительная память у меня хорошая, она всегда была лучше, чем слуховая». Основное содержание вопроса оставляется без внимания, затрагивается лишь тот его аспект, который прямо не формулируется и в лучшем случае только подразумевается. Такого рода соскальзывания в иную логическую плоскость следует отличать от неточных ответов, обусловленных невнимательностью. В последнем случае главное содержание обычно выделяется, неточности касаются мало существенных или тонких деталей.

Психологическую основу разорванности мышления усматривают в явлениях соскальзывания мысли — разрыхлении логических структур и переходах суждений из одного логического плана в другой. Это происходит вследствие того, что актуализируются латентные или слабые связи между понятиями, а существенные, магистральные остаются на периферии сознания.

Диссоциация, проявляющаяся распадом логических и сохранением грамматических структур, отражает различие

между речью и мышлением. Известно, что речевые формы (внутренняя структура речи) в ходе индивидуального развития складываются много раньше, чем способность к логическому мышлению.

Симптом мимо-ответов наблюдается также при истерических реакциях, но здесь он выглядит иначе. Ответ, неправильный по существу, дается тем не менее в плане поставленного ответа и к тому же звучит нарочито нелепо. Так, на просьбу сообщить, сколько получится, если два умножить на два, больной может ответить по-разному: три, пять, семь — неправильно, но всегда по теме задания и с демонстрацией незнания. Больной с разорванностью мышления ответит по-другому, например так: «Надо доказать запятой». Разорванность мышления является характерным признаком шизофрении.

Инкогеренция (бессвязность мышления). Проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: «Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескарик, очкарик, будьте здоровы...». Бессвязность мышления наблюдается при аментивном помрачении сознания, а также спутанности сознания в острых психотических состояниях различного генеза.

Астеническая спутанность мышления, как более легкая, начальная степень бессвязности, характеризуется непоследовательностью суждений, появляющейся и нарастающей по мере истощения нервно-психической активности.

Разграничение речевой спутанности на маниакальную, аментивную, хореатическую, атактическую и психогенную (Случевский, 1953; Палладина, 1961) утратило, по-видимому, значение.

Патология отдельных видов мышления. В данный раздел включены многочисленные нарушения мышления, клиническая структура которых может быть представлена как результат дезорганизации сложной иерархии уровней и видов мыслительной деятельности. При этом наблюдается выпадение, либо патологическое заострение различных компонентов, свойственных каждому из указанных ранее видов мышления: логического, наглядно-образного, наглядно-действенного, аутистического, пралогического, религиозного, эгоцентрического.

Нарушения логического мышления. Выражаются

расстройствами операционной стороны мышления и, в первую очередь, операций конкретизирования, обобщения и абстрагирования. При этом возникают следующие нарушения: резонерство, формализм, патологическая обстоятельность мышления, неясное и паралогическое мышление.

Резонерство (тангенциальное мышление). Основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны. Общее впечатление о резонерстве могут дать следующие наблюдения. Например, в ответ на вопрос о самочувствии больной говорит: «Идеально здоровых людей нет, у всех что-нибудь да болит. В условиях современного цивилизованного общества это неизбежно, болезни — расплата за прогресс. Судите сами, можно ли говорить, что чувствуешь себя хорошо...». Рассказывая о взаимоотношениях со своими детьми, сообщает следующее. «Родители должны любить своих детей. Надо заботиться о них, уделять им много внимания. Дети — цветы жизни, наши надежда и будущее. Преступно, безнравственно относиться к ним плохо, забота о них — наш общий долг».

Резонерство может проявляться по-разному. Компенсаторное резонерство не выходит за рамки банальной, хотя и претенциозной риторики, вращающейся вокруг простых и очевидных истин. Таковы, например, пространные и патетические разглагольствования о важности и полезности нормальных человеческих взаимоотношений, принадлежащие большей частью психопатическим личностям, гневные и напыщенные противоалкогольные тирады больных алкоголизмом, дежурные рассуждения о морали, правах и справедливости сутяг, ханжей и склочников. Резонерство этого рода может встречаться на определенных этапах психического развития, например, в период пубертатного криза, когда стремление к самоутверждению, самостоятельному осмыслению происходящего не подкрепляется должными знаниями и опытом жизни. Наблюдается у людей, которым хочется сказать нечто особенно значительное, но сообщить, в сущности, нечего. Вот пример из манифеста футуристов: «Выйдем из мудрости, как

из ужасной матки, и войдем плодами, насыщенными перцем честолубия, в огромный и крикливый рот ветра. Отдадимся на съедение неизвестному, не из отчаяния, а просто, чтобы обогатить резервуары абсурда...». Данный вид резонерства может встречаться также у больных шизофренией. Так, на вопрос о том, удачно ли складывается его жизнь, больной отвечает: «Считать себя неудачником глупо. Жизнь есть всегда жизнь, в ней просто так ничего не получишь, за нее надо бороться. Если где-то не получается порой в семье, это бывает у всех и винить в том нельзя никого, надо винить прежде всего самого себя». Условно говоря, рассуждательство с намерением произвести впечатление — это претенциозное резонерство.

Встречается резонерство с акцентуацией схоластических тенденций мышления, проявляющееся своеобразным жонглированием понятий, приводящим в конечном итоге, к потере ясности и понимания существа явлений. Так, на просьбу указать лишний предмет в группе «рыжик, мухомор, груздь, опенок» больной отвечает: «Здесь нет ничего лишнего. Мухомор, правда, считается ядовитым, но это неверно. Все дело в том, что до сих пор не найдено рецепта приготовления этого гриба и устранения яда. Может быть, мухомор является таким же деликатесом, как и шампиньон...». Выражение «заглядывать в рюмку» понимается так: «Рюмки бывают разные, смотря в какую заглядывать. У медиков, например, своя рюмка. Все зависит от того, кто и в каком смысле говорит, врач ли, рабочий, алкоголик или еще кто. И потом приложиться и заглядывать в рюмку — две большие разницы. Посмотреть и заглянуть — не одно и то же...». К данному виду резонерства можно отнести, очевидно, и склонность к софистическим построениям в виде особой игры слов: «Я себя хорошо чувствую, потому, что чувствую себя плохо». Или: «Как больной, я чувствую себя хорошо» — схоластическое резонерство.

К резонерству относится подчеркнутое стремление ряда больных к псевдонаучным построениям, склонность к пустому, выхолощенному теоретизированию, расплывчатым рассуждениям на отвлеченные темы, бесплодным размышлениям о сложных, неразрешимых проблемах. Заимствованные и большей частью плохо понятые общие представления нередко привлекаются к объяснению сугубо конкретных явлений либо к их обозначению. Речь богата научными терминами из различных областей знания — философии, социологии, техники, психологии и др. Так, вместо изложения конкретных жалоб на здоровье больной описывает свое состояние с помощью технических терминов и аналогий. Упоминаются «пики, западения, фазы, резонанс, стирающие воздействия». Заявляет, что его беспокоит «отсутствие

глотательного рефлекса», характеризует себя «холериком, по Гиппократу», говорит, что его отец страдал «астеническим синдромом». Данный вид псевдоученого резонерства является одним из компонентов описанного Т. Ziehen (1924) симптома метафизической или философической интоксикации, наблюдающегося в подростковом возрасте у психопатических личностей шизоидного склада и больных шизофренией. Указанный симптом выражается увлечением сложной философской проблематикой, мистикой, наивными попытками найти ответы на самые сложные вопросы бытия. Приоритет в описании данного нарушения принадлежит русскому психиатру П. А. Бутковскому (1834), который выделил две его формы: «сумасбродство» — склонность к пассивным размышлениям над различными трудно разрешимыми проблемами, и «суемудрие» — особое стремление познать тайны природы и сверхъестественных явлений.

Резонерство может проявляться общими, неопределенными и вместе с тем, односложными ответами на конкретно поставленные вопросы — короткое резонерство. Так, на вопрос, не испытывает ли он трудности в работе, больной отвечает: «На работе само собой — каждый переживает». На просьбу рассказать о самочувствии следует ответ: «Года есть года, в моем возрасте все может быть». Планы на будущее выглядят так: «Отдыхать, проводить время в соответствии с потребностями... Уехать отсюда... Жить... Приносить пользу...». Данный вид резонерства близок описанному Е. Блейлером (1920) симптому коротких ассоциаций, выражающемуся лаконичными высказываниями, свойственными шизофрении.

Особенностью эпилептического резонерства считают его компенсаторный характер, отражающий переоценку собственной личности. Отсюда склонность больных к многословному, хотя и банальному морализированию, менторству, поучающему тону, подчеркивающему собственное превосходство.

Расстройство логической структуры мышления может проявляться особой приверженностью к формально-логическим конструкциям, в которых в качестве наиболее важного выделяется не реальное значение факта, не существо явления, а тот или иной формальный его аспект.

Формализм мышления (Аккерман, 1936; Сумбаев, 1948). Формализм мышления выражается в предпочтительной направленности внимания, интеллектуальных установок не на социально-содержательные, а на формальные аспекты деятельности (Поляков, Мелешко и др., 1980).

Формализм мышления может проявляться склонностью к арифметически точным ответам и констатациям, выделяющим какой-то один несущественный, нередко внешний, сиюминутный момент ситуации. Так, сообщив, что женат 20 лет, больной тут же «исправляет ошибку»: «Фактически 10 лет — жена через сутки дежурила». В другом наблюдении больной указывает, что выпивает по 130 граммов водки — «пропорционально весу». На просьбу сказать, где она живет, больная отвечает: «Жила». — «Почему жила?» — «Потому, что сейчас я нахожусь в больнице». Больного спрашивают, в каком отделении он лежит. Его ответ: «В настоящий момент я не лежу, а сижу». На просьбу не спешить в беседе, он ответил: «Я не спешу, я стою». На вопрос, чем занимается он в настоящее время, больной отвечает: «Сижу на стуле». В больницу он поступил «через дверь». На вопрос, как он спит, в ответ можно услышать: «С закрытыми глазами». Или: «На правом боку». Один из больных, заложив при этом руку за голову, ответил: «Вот так, лодочкой».

Формализм мышления проявляется также своеобразной регистрирующей манерой рассказывать о происшедшем. В рассказах раскрывается не главное в событии, а констатируется лишь внешняя сторона дела, его оболочка, футляр. Вот что сообщается, например, о причине госпитализации: «Я был дома, смотрел телевизор. Позвонили, вошли четверо, все в белых халатах. Форточка была открыта. Мне задавали вопросы, потом сказали: пошли. На дворе стояла машина, меня посадили и привезли сюда. Переодели, помыли, мужчина в халате писал...». Ответа на вопрос здесь нет, приводится лишь подробный перечень деталей, ситуации поступления в больницу. Вместо требуемых в беседе жалоб на здоровье пространно сообщается о поездках к различным специалистам, о поступлениях в больницы, о том, кто и что сказал, о содержании разных справок и т. п., но ничего не говорится или только вскользь упоминается о самочувствии. Такие рассказы внешне напоминают патологическую обстоятельность мышления, однако тут есть важные различия. При патологической обстоятельности больной пытается ответить на существо вопроса, которое при формализме нередко полностью игнорируется. Кроме того, в сообщениях формальных больных нередко говорится о совершенно случайных деталях («форточка была открыта»), не имеющих значения и не соотносящихся с другими подробностями, чего нет при патологической обстоятельности, — там фигурирует масса деталей, объединенных в одно монолитное целое. Тенденция к регистрации внешних сторон явлений отмечается при формализме не только в спонтанных рассказах или ответах на вопросы, она может быть выявлена при выполнении соответствующих экспериментальных заданий. Так, больная шизофренией, студентка университета, находит отличие реки

от озера в следующем: «Река — длинная, вода — холодная, есть течение, нет кувшинок. Озеро — круглое, вода — теплая, нет течения, есть кувшинки», на просьбу назвать главное отличие, ответила, что не может это сделать, все упомянутые признаки важны, по ее мнению, в равной степени.

Формализм мышления может проявляться буквальным толкованием иносказательных оборотов речи — пословиц и поговорок. Скованность понимания пословиц словарным значением используемых в них слов особенно очевидна у больных, имеющих высшее образование, богатый опыт жизни, достаточный объем знаний и удовлетворительное или даже хорошее состояние процессов обобщения и абстрагирования, в чем можно убедиться путем соответствующих исследований. Буквальное толкование пословиц указывает на диссоциацию мышления, на разрыв между словесно-логическим и образным его формами. Нередко оба уровня мышления функционируют независимо друг от друга и верные ответы сочетаются с буквальными — многоплановое мышление. Ошибочная интерпретация идиоматических оборотов имеет, по-видимому, другие причины. Приведем несколько примеров. Выражение «ходить на голове» понимается так: «На голове не ходят. Такое можно увидеть только в цирке». «Лезть в бутылку» — «Как в нее залезешь? Чтобы человек пролез, нужна не бутылка, а огромная бутылка». «Тише едешь — дальше будешь» — «Не ори, не шуми — дальше окажешься». «Не плюй в колодец...» — «Зачем плевать — назад пойдешь, самому же придется пить». Формализм мышления в толковании поговорок определенно свидетельствует об аутизации больных, оторванности от реальной жизни, закрытости для опыта межличностных отношений.

Сравнение понятий также проводится не по существенным, а внешним и второстепенным признакам. Так, понятия «озеро» и «река» сравниваются следующим образом: «Озеро — круглое, а река тянется, имеет исток и устье». «Камень» и «кирпич»: «Кирпич имеет правильную форму, а камень — нет». «Ум» и «мудрость»: «В слове ум две буквы, а в слове мудрость — восемь». Само звучание слова может определить отношение к соответствующему явлению. Больной объясняет, почему не нравится ему в больнице: «В слове больница содержится корень «боль», а боль — неприятна».

Указанием на формализм может служить стремление подводить то или иное явление под какое-нибудь схематическое или нормативное, например, юридическое определение и поступать в соответствии с ним либо ограничить этим свое отношение к факту. Больная выражает возмущение следующим образом: «Меня обозвали шизофреничкой — это нарушение морального кодекса». Она в

разводе с мужем, но так как они продолжали совместную жизнь, спрашивает: «Скажите, кто я теперь — сожительница?». Больной ставит врача в известность: «Я курю. Мне 18 лет. Закон такой есть, и теперь мне можно курить». Просьбу выписать из больницы без родителей он излагает так: «Вчера мне исполнилось 18 лет, теперь меня можно отпустить одного». Больной категорически отказался идти в приемный покой и заявил, что он здоров. В ответ на просьбу врача все же сделать это, сказал, что является лейтенантом запаса и «штатские» не могут ему приказывать. Когда врач указал, что имеет звание капитана, а указания старших по чину не обсуждаются, больной без возражения отправился в приемное отделение.

В оценке происходящего, своего статуса и поведения больные с формализмом мышления руководствуются не реальным значением факта, а внешней стороной дела или надуманными, выхолащенными, хотя быть может безупречными в логическом плане, выводами. Например, дается следующее объяснение неправильного поведения: «Я нахожусь в больнице, меня считают больным. Потому и веду себя, как больной». Больной упорно добивается помещения в места лишения свободы. «В состоянии гнева я могу убить человека. Фактически — я преступник, а преступникам место в тюрьме». На вопрос, известно ли ему о том, что в отделении находятся больные люди, пациент отвечает: «Я не врач. Поэтому не могу сказать, кто эти люди». Больная считает, что выработала пенсию, хотя ей всего 35 лет — так рано потому, что «работала на две ставки». Примеры формальной критики к заболеванию: «Болен, потому, что нахожусь в больнице... Раз меня лечат, значит, болен».

Необычный характер носят жалобы на самочувствие — в них отражены периферийные, случайные, мало что говорящие о болезни признаки. Так выглядят, например, жалобы на плохой сон: «Сплю в согнутом положении на правом боку, как беременная женщина, когда плод у нее в животе. Лечение помогло — теперь сплю с распущенными ногами». Другие примеры подобных жалоб: «Слипаются пальцы на ногах... Потрясывает в мизинце... Не могу по сторонам глядеть и носить что-нибудь в правом кармане... Не могу носить майку и стоять на цыпочках... Не могу быстро ходить и находиться на сквозняке...».

Речь больных с формализмом мышления нередко отличается протокольной сухостью, книжностью, канцелярскими оборотами, отсутствием живых и образных разговорных интонаций. Утрачивается чувство юмора, понимание шуток, речь окружающих воспринимается в буквальном смысле без учета того контекста, который придает смысловую окраску

сказанному.

Патологическая обстоятельность мышления в наиболее типичном ее варианте заключается в чрезмерной детализации описания каких-либо явлений и в неспособности разграничить главное и второстепенное. В этом проявляется снижение уровня процессов обобщения и абстрагирования. Изложение сведений строится не в логической, а пространственно-временной ситуационной последовательности. Она начинается издалека, сопровождается повторением сказанного, остановками, очень медленным продвижением вперед. Сообщения перегружены мелкими, ненужными подробностями, в которых главное содержание утопает, оно не выделяется, логического акцента на нем не делается. Перевести разговор на другую тему или остановить его удастся не сразу — больные стремятся договорить начатое до конца. Иллюстрацией к сказанному может служить следующий ответ больного эпилепсией на просьбу описать первый припадок: «В тот день мы ездили в деревню, к родне. Было воскресенье... (пытается вспомнить дату поездки)... Сестра там живет, на парниках работает, огурцы растят... Муж у нее, Василий, скотник на ферме, а раньше трактористом был, да болеть начал... Жара стояла, в автобусе духота, все мокрые сидели, у меня хоть рубаху отжимай...». Далее следует масса прочих подробностей поездки. «... Как из автобуса стал выходить, чувствую: затошнило, завертелось в голове, помутнело... Что было дальше — не помню... Говорили потом, что упал, стянуло всего...».

Снижение уровня мышления может быть выявлено в ходе клинического, а также экспериментально-психологического исследования умственных операций. При сравнении понятий качество ответов ухудшается по мере того, как предъявляются все более отвлеченные и общие понятия. Исключение лишнего предмета из группы проводится по ситуационным признакам. Нарушен подбор антонимов, тождественных понятий. Иносказательные обороты речи толкуются в буквальном или узко-конкретном смысле. Уровень обобщения и абстрагирования в ответах является одинаково низким при выполнении заданий разного типа в отличие от внешне сходных с обстоятельностью проявлений диссоциированного мышления, когда наряду с примитивными неожиданно попадают тонкие и умные ответы.

Наряду со снижением уровня мышления патологическая обстоятельность сопровождается тугоподвижностью, плохой переключаемостью внимания. Указывает на значительное ослабление интеллектуальных функций, поэтому рассматривается как «дементная форма детализации мышления» (Банщиков, Короленко и др., 1971). Чаще

встречается при эпилепсии. Снижение уровня мышления характеризует органически умственную отсталость головного мозга.

Реактивная детализация мышления отличается излишне пространным описанием обстоятельств психотравмирующей ситуации, собственных переживаний по этому поводу, отношений с окружающими. Характерны драматизация, преувеличение, застревания на отдельных деталях, придание ранее казавшимся обыденным вещам нового значения, их переосмысление, повторения одного и того же травмирующего эпизода. Многие вспоминают, к примеру, сновидения, в которых были знамения последовавшего позже несчастья, свои предчувствия, чьи-то мимолетные, но оказавшиеся пророческими замечания. Немало говорится об обстоятельствах, своевременный учет которых мог бы предотвратить трагедию. В итоге иногда формируется сложная и законченная система, в которой несчастье изображается не как случай, а роковой финал длинной цепи событий. Если при этом кто-то обвиняется, может складываться структура, близкая паранойяльному синдрому. Реактивная детализация наблюдается при психогенных заболеваниях.

Ипохондрическая детализация мышления проявляется крайне обстоятельными, с обилием мелочей и уточнений сообщениями о самочувствии, возможных причинах заболевания, проводимом ранее лечении, его результатах, и т. д. Влияние эмоций на логическое движение мысли, более заметное при образном мышлении, выражается искажением фактов, их связи, различных событий, а также восприятия собственной личности. Так, в депрессии со свойственной ей сниженной самооценкой, преувеличивается значение мрачных аспектов жизни и одновременно недооценивается все, что способствует укреплению оптимизма, уверенности в себе и самоуважения. Неадекватная самооценка больных шизофренией стоит на учете побочных деталей самовосприятия, равно как и переживание смысла внешних событий. В состоянии страха, тревоги самые безобидные впечатления могут привести к резкому возрастанию чувства опасности. При маниакальном настроении часто не улавливается серьезность происходящего, повышена самооценка. Остаются без внимания психотравмирующие ситуации, не придается значения болезням, опасным для жизни. Эйфория лишает способности адекватно откликаться на события, затрагивающие важные ценности. В состоянии дистрофии нейтральные стороны поведения окружающих могут рассматриваться как признаки оппозиции, выражение неприязни, оскорбительные выпады. У пациентов с комплексом неполноценности «встроен» механизм

«самореализующегося пророчества» — запрограммированность на неудачу и неспособность видеть свой успех там, где он на самом деле есть. Точно также врач, не верящий в успех лечения, не заметит улучшения у пациента, а своим отношением невольно причинит ему ущерб.

Неясное (расплывчатое) мышление может быть охарактеризовано как нецеленаправленное мышление, мышление без цели, при котором совершаются логически необоснованные Переходы от одной мысли к другой, игнорируются временные и пространственные рамки событий. Рассказы больных расплывчаты, нарушена последовательность и ясность изложения, больные теряют из виду предмет разговора, далеко отклоняются от темы. Например, на вопрос о самочувствии в данный момент следует ответ: «Самочувствие хорошее, ем по две порции каши. Никаких жалоб нет, в больнице лежал — седой волос появился. Все таблетки принимаю, какие дают. В 1971 г. лечился инсулином и голодом. Дома помогаю матери носить воду, летом хожу с родителями на сенокос. Учился в университете на факультете журналистики. Дома хожу в аптеку, покупаю себе аминазин и мепробамат. Теперь работаю в мастерских. Являюсь корреспондентом газеты, работаю в леспромхозе художником. Уже 9 лет и 11 месяцев не пью водку, вино и пиво, никогда не курил...». Как видно из рассказа, прошлое не отграничивается от настоящего, пациент как бы блуждает во времени и месте происходящего (дом, больница, университет, настоящее и отдаленное прошлое), нарушена логическая последовательность изложения, в результате чего сообщается не только о здоровье, но также учебе, работе, досуге, привычках, наблюдается разноплановость мышления, «соскальзывание со стержня задания» (Зейгарник, 1962). Ускорения мышления при этом не наблюдается.

Е. Блейлер рассматривал такое нарушение мышления как «расплывающуюся ассоциативную структуру» и усматривал его сущность в отсутствии четкого представления цели. На это указывали также Е. Крепелин (1910), О. Витке (1925), P. Schilder (1933), K. Schneider (1930). Неспособность придерживаться доминирующей идеи является по K. Schneider причиной актуализации в мышлении «элементов заднего плана», отчего оно становится «расширяющимся», «охватывающим все и вся». По мнению E. Stransky (1914), в основе его лежит утрата координации между эмоциями и мышлением — интрапсихическая атаксия. Утрата целенаправленности в мышлении относится к числу наиболее характерных признаков шизофрении.

K. Kleist (1934) установил, что поражение лобных долей мозга приводит к появлению пассивного «алогического» мышления,

при котором «логическое» мышление заменяется «алогическим воспроизведением случайно всплывающих ассоциаций». А. Р. Лурия (1962) указывает, что поражению лобных долей мозга свойственны грубые расстройства умственной активности, своеобразие которых в том, что формально мышление остается сохраненным, однако интеллектуальная деятельность в целом грубо нарушается. По его мнению, легкое соскальзывание на посторонние связи лежит в основе тех дефектов мышления, которые многие авторы считают специфичными для поражения лобных отделов мозга.

Установлено, что разнообразные расстройства познавательной деятельности при шизофрении (формальное мышление, неравномерность интеллектуальных достижений, склонность к схематизации, псевдоабстракция) связаны с нарушением избирательной актуализации знаний, отражающей ослабление детерминации избирательности мышления опытом общественно-практической значимости предметов окружающей действительности (Поляков, 1974; Поляков и др., 1980). Отмеченная особенность мышления наблюдается и у здоровых родственников больных шизофренией, обнаруживающих характерологические особенности стеничных, гипертимных и «смешанных» шизоидов, что позволяет рассматривать аномалию избирательности мышления как конституционально-типологическую особенность психической деятельности (Поляков и др., 1977).

Данные биологических исследований свидетельствуют о том, что специфические нарушения мыслительной деятельности при шизофрении могут быть обусловлены повреждением норадренергических систем поощрения с их богато представленными путями и терминалиями в области диэнцефалона и лимбических структур переднего мозга (Stein, Wise, 1971). Нарушение высших форм мышления связывается с поражением дорсального норадренергического пути, идущего к переднемозговым структурам.

Паралогическое мышление характеризуется односторонним, предвзятым направлением мыслительной деятельности, в ходе которой принимаются во внимание лишь отдельные факты или случайные стороны явлений, соответствующие доминирующей установке. Все, что ей противоречит, отбрасывается как неверное либо не замечается вовсе. Например, пропажа документа расценивается как следствие хищения; возможность других причин просто не рассматривается. Из сообщения о чем-либо выхватывается отдельная фраза, и именно она будет фигурировать как доказательство правильности какого-нибудь ложного утверждения, все

остальное в услышанном игнорируется.

Ход рассуждений и выводы больных с паралогическим мышлением часто совершенно неожиданны, странны, отчего оно называется также мышлением «с выкрутасами». Например, больная, увидев на столе разрезанное на две половины яблоко и лежащий рядом нож, решила: «Одна половина яблока принадлежит отцу, вторая — матери, а нож предназначен мне. Значит, я должна покончить с собой» — что она и пыталась сделать. Вернувшись после долгой отлучки домой, больной нашел, что его собака не выглядит голодной. Более того, у конуры лежит нетронутый бурундук. Из этого был сделан следующий вывод: «Все, даже собака, могут обойтись без посторонней помощи, один я никуда не гожусь». Увидев на скоросшивателе, в котором находилась его история болезни, № 7000, пациент «понял»: «Намекают: дай в лапу семь тысяч, и мурка будет жить». Он считал, что его преследуют, слежка давно и тщательно организована, врачи оказались заодно с его врагами (попутно отметим: включение в структуру бредовых суждений текущих впечатлений свидетельствует о развивающейся бредовой структуре, расширении бреда, прогрессирующей динамике заболевания). Еще пример. Пациент не работает потому, что «труд ведет к заработкам и накоплению, а это — повод к ограблению и убийству» со стороны предполагаемых преследователей. Подобные умозаключения, порой сложные, хитроумные, могут свидетельствовать о достаточной сохранности интеллекта. Как отметил К. Jdeler в 1850 г., логическая виртуозность ложных заключений возможна лишь при крепком состоянии духа и достаточной активности и эластичности ума.

Паралогическое или «кривое» мышление не является собственно алогичным, формально логический процесс часто не нарушается. Речь идет, главным образом, о его тенденциозности, преформированности стойким ложным целевым представлением.

Термин «паралогическое мышление» часто используется в более широком смысле: для обозначения нарушений с отсутствием логики в болезненных рассуждениях, других расстройств логической функции. Так, под паралогическим мышлением Домаруса понимается тенденция к умозаключениям, основанным на законе партиципации (сопричастия), когда часть целого рассматривается как тождественная целому. Отдельные авторы отождествляют паралогическое мышление с символическим мышлением (Займов, 1976). Разграничение паралогического и символического мышления представляет определенные сложности. Главное отличие между ними мы усматриваем в том, что в паралогическом мышлении формально-логическая

структура мышления не нарушена, более того, она является необходимым инструментом, связующим суждения в стройную систему. Символическое мышление лишено логики — тут действуют правила архаического мышления.

Патологический полисемантизм — появление у слов нового смысла, основанного на формальных лексических признаках (фонетической структуре, числе звуков или букв, формально-речевых связях). Новое значение слова доминирует над общепринятым, так что высказывания пациента напоминают пустую словесную эквалибристику, не несущей коммуникативных функций. В. М. Блейхер (1989) поясняет это следующим наблюдением. Пациент говорит о больных: «Все они соматические больные—соматические — дети одной матери». Описание патологического полисемантизма и термин принадлежит М. С. Лебединскому (1938). Данное нарушение нами упомянуто выше как один из вариантов резонерства (схоластическое резонерство).

Бредовая детализация характеризуется очень подробными, до мелочей («жена покраснела и отвернулась», «он вдруг замолчал», «при виде меня он закурил» и т. д.), сообщениями, которые имеют особый смысл в контексте бредовых идей. Отбор деталей зависит от содержания бреда. Так, пациент с ипохондрическим бредом более подробно рассказывает о самочувствии, отношениях с врачами; больной с бредом ревности — об интимных вещах, о поведении жены и людей, с которыми она будто бы связана; и т. д. Бредовая детализация мышления типична для паранойяльных состояний. У пациентов с острыми формами бреда встречаются сообщения об отдельных мелких деталях ситуации, если они оказались созвучными бредовой настроенности.

Нарушения образного мышления. Сюда включены расстройства, характеризующиеся преобладанием механизмов незрелого мышления в виде чрезмерной активности процессов воображения и искажения хода мышления под влиянием эмоций, но главным образом это фантазирование.

Патологическое фантазирование — у психопатических личностей, в особенности из круга истерических, незрелость мышления может проявляться склонностью к патологическому фантазированию, получившему название синдрома фантастической псевдологии или мифомании. Реальные положения дел при этом искажаются яркими, изменчивыми вымыслами, касающиеся прежде всего собственной личности. В отличие от истинных конфабуляций и бреда воображения вымыслы псевдологов имеют правдоподобный характер и не выходят за рамки возможного в действительности. Кроме того, критическое отношение к

фантазиям полностью не утрачивается— псевдолог может быть увлечен ими, но никогда не верит в них долго и до конца. В основе развития указанного синдрома лежат черты психического инфантилизма, повышенная внушаемость и эффективность, снижение критических возможностей. Склонность к повышенной самооценке и неудовлетворенность достигнутым положением в жизни объясняет сенсационность выдумок, рассчитанных на то, чтобы поразить воображение окружающих, ослепить их блеском своей незаурядности. Могут при этом возникать пробелы воспоминаний, обусловленные вытеснением неприятных эпизодов собственной биографии (Меграбян, 1972). Истерические фантазмы близкого к описанному типа обозначают и как «целевые конфабуляции» (Завилянский и др., 1989).

Патологическое фантазирование может иметь компенсаторный характер. Фантазии преследуют цель отрицания реальности — известного способа психологической защиты. Реальность кажется пациенту отталкивающей, невыносимой, если он не находит в ней свое место. На время погружения в фантазии, где мнимые достижения отвечают уровню его притязаний, тревога и волнения на время сглаживаются или исчезают. Пациент не теряет при этом понимания того, где реальная, суровая жизнь, а где пьянящие его фантазии. Фантазирование приближается здесь к мечтательности и носит в какой-то мере произвольный характер. Фантазирование данного типа бывает также пассивным. Это проявляется чрезмерной увлеченностью чтением фантастической литературы, детективов, захваченностью фантастическими фильмами и может быть уподоблено тому интересу к сказкам и мифам, который бывает у детей в дошкольном возрасте.

Весьма часто патологические варианты фантазирования встречаются в детском возрасте. Критериями патологичности детских фантазий могут считаться следующие признаки:

— оторванность от реальности, вычурность и стереотипность содержания;

— произвольный характер, вследствие этого дети не могут прервать поток образов самостоятельно, не в состоянии быстро включаться в реальные отношения. Усилия взрослых отвлечь внимание детей от фантазий также не достигают цели;

— эмоциональная охваченность, ограниченная рамками фантазий. По этой причине дети не проявляют интереса к другим занятиям, отгорожены от происходящего. Контакты с окружающими поверхностны. Дети могут много, порою очень

назойливо, по типу монолога рассказывать о своих фантазиях, но обратная связь со слушателями при этом прерывается;

— устойчивый, длительный или даже постоянный характер фантазирования;

— снижение активности в сфере продуктивных форм деятельности, трудности социализации, а в некоторых случаях появление отчетливых признаков психического обеднения и регрессии.

По мере психического созревания детей проявления патологического фантазирования (как, впрочем, и нормального, свойственного здоровым детям) меняются в соответствии с закономерностями репрезентации опыта. В связи с этим различают несколько вариантов синдрома патологического фантазирования у детей (Ковалев, 1985).

В дошкольном возрасте преобладают фантазии в виде необычных форм игровой деятельности, странных, заумных вопросов. Дети большей частью играют в одиночестве, не пользуются игрушками, предпочитая предметы неигрового назначения. Игры однообразны, бессодержательны, в них не отражается живое участие в том, что окружает ребенка в семье или в детском учреждении. Поражают вопросы фантазирующих детей. Например: «Что бывает после смерти? Что такое бесконечность? Где живут люди, которые еще не родились?» Пациент в возрасте четырех лет донимает расспросами про «быль». Просит бабушку подробно рассказать о ее свадьбе, семейной жизни, о том, почему она развелась с мужем и т. д.

В раннем школьном возрасте (семь, девять лет) преобладают образные, визуализированные формы патологического фантазирования. Пациенты поглощены яркими картинками сражений, межпланетных путешествий, подводных плаваний и т. д. Фантазии могут иметь садистическую окраску (убийства, казни, истязания), что настораживает в плане шизофрении. Нередко образы фантазии получают выражение в многочисленных рисунках больных.

В подростковом возрасте появляются и становятся доминирующими вербальные формы патологического фантазирования. Так, это могут быть оговоры, самооговоры, самовосхваления, остросюжетные приключенческие и детективные истории.

При психических заболеваниях (шизофрении) в детском и подростковом возрасте фантазирование может приобретать бредоподобный характер. Критическое отношение к

продуктам болезненного воображения, нередко неправдоподобным, на некоторое время утрачивается. Нарушается поведение, поступки пациентов идут в разрез с реальными обстоятельствами, вытекая из содержания фантазий. Последние могут иметь достаточно систематизированный, устойчивый в основных деталях характер, что позволяет считать бредоподобные фантазии ранневозрастным аналогом острого паранойяльного бреда больных зрелого возраста.

Нарушения эгоцентрического мышления. Здесь будут описаны расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство со свойствами детскому возрасту и преодолеваемыми к 12—14 годам особенностями мышления, выражающимися объективизацией личного мнения и необоснованно повышенной уверенностью в собственной правоте (познавательный эгоцентризм), обилием оценочных суждений, приписыванием своих мотивов поведения другим людям, склонностью к идеям отношения,, а также сверхценным идеям. Будут упомянуты нарушения мышления, проявляющиеся эгоцентрической структурой речи.

Эгоцентрический склад мышления выражается убеждением в приоритете собственного мнения над взглядами окружающих. Отсюда вытекает неспособность учитывать и уважать точку зрения других людей, неумение слушать, тенденция навязывать свои взгляды, склонность к резким, безапелляционным заявлениям, бескомпромиссность, авторитарность, упорство в стремлении рассматривать происходящее через призму собственных представлений, во все вмешиваться и все делать по-своему. О случившемся сообщается в редакции, иллюстрирующей сугубо личное восприятие событий. Характерны также множество нравоучительных сентенций, оценочных суждений и неизменная позиция оставаться всегда при своем мнении. Для примера приведем несколько достаточно прямолинейных высказываний, больных из их бесед с врачом: «Вы задаете глупые вопросы, это не имеет никакого значения... Это щекотливый вопрос, не стоит на него отвечать... Этот разговор не имеет смысла. Вы не о том спрашиваете...». В ответ на вопрос о самочувствии больной делает категорическое заявление: «Я здоров» и дает понять, что мнение врача на этот счет его совершенно не интересует. Оценочные суждения постоянно встречаются как в спонтанной речи, так и в объяснениях больными значения идиоматических оборотов речи. Например: «Не плюй в колодец...». — «Это пословица, придуманная лицемером...». Или: «Дураки плюют в колодец...». Выражение «не все то золото...» объясняется так: «Это поверхностный взгляд на вещи. Надо вникать в

содержимое».

Нередко в вопросах врача больные усматривают намеки в свой адрес. В этом можно видеть готовность к идеям отношения с типичным для последних выражением эгоцентризма. Так, просьбы объяснить значение выражения «лезть в бутылку» воспринимается так: «Я с бутылками не связана, никогда не пила и не курила». «Шила в мешке...» — «Я ничего не утаиваю, всегда говорю правду». «Не все золото...» — «У меня нет никакого золота, я с ним не связан». Часто больные переносят на себя действия, о которых идет речь в пословицах. Например: «Шила в мешке...» — «Правильно... Я сделаю что-нибудь, про меня начнут потом говорить...». Значение многих выражений вообще объясняется лишь после того, как больным удается перевести их содержание на себя.

Указанные особенности мышления можно наблюдать у психопатических личностей (шизоидных, паранойяльных, возбудимых), при эпилепсии, алкоголизме, шизофрении и других заболеваниях.

Нарушения мышления могут выражаться различными вариантами описанной Ж. Пиаже эгоцентрической речи — эхоталии, монологе и коллективном монологе, при которых утрачивается коммуникативное значение речи. Об эхоталии упоминалось ранее. Монолог проявляется в том, что больной разговаривает наедине с собой вслух; произносит названия предметов, которые видит, называет свои действия, желания. Коллективный монолог наблюдается лишь в чьем-либо присутствии. Не вступая в беседу, больной ходит, например, по кабинету, рассматривает предметы, выглядывает в окно и говорит обо всем, что видит в тот или иной момент, ни к кому, однако, не обращаясь: «Таблица... (читает)... Портрет... Какой бородатый... Книга... Машина... Люди идут...». Взглянув на руку врача отмечает: «Часы... Они перевернуты... Пишет... Запята...». Регистрирует действия окружающих: «Кашляет... Говорит... Курит... Сердится...». Или свои собственные: «Встал... Хочет зевнуть... Пошел...». Констатация происходящего может быть письменной — больной не только говорит, но одновременно с этим и записывает сказанное. Речь, построенная по типу монолога, нередко встречается, как упоминалось, при разорванности мышления; чаще это коллективный монолог — одного появления кого-то в поле зрения бывает достаточно, чтобы больной начал произносить длинные и бессмысленные речи. У больных старческим психозом повышенная речевая активность нередко провоцируется звуками не относящейся к ним речи. Такие больные могут часами «беседовать» между собой, совершенно не слушая или не понимая того, что один говорит другому — симптом диалоголалии Шперри. У больных алкоголизмом

нами описан симптом мнимого диалога: в опьянении они подолгу и громко вслух могут разговаривать или спорить с воображаемыми собеседниками, животными, перед зеркалом, в присутствии посторонних лиц.

Появление упомянутых форм речи связано, очевидно, с преходящей или стойкой регрессией на онтогенетически ранние уровни организации речевой активности.

Сверхценные идеи впервые описаны С. Wernicke в 1892 г. Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Сверхценные идеи, как указывают В. А. Гиляровский (1954), А. А. Меграбян (1972), проявляются стойким убеждением в своем высоком призвании к различным видам деятельности, уверенности в своей исключительной одаренности, выдающихся способностях и в вытекающем из этого стремлении добиться от окружающих признания объективно сомнительных прав на особое положение в жизни. Другими словами, сверхценными являются идеи, связанные с преувеличением роли и значительности собственной личности (Аменицкий, 1942).

Сверхценные идеи следует отличать от доминирующих идей. Главенствующая роль последних в сознании определяется объективными интересами, увлечением профессиональной деятельностью, а не повышенным самомнением и претенциозностью. Например, доминирующей может быть любая идея, в частности, научная, как правильная, так и ошибочная, совсем не обязательно принадлежащая данному лицу, но захватившая его целиком. Борьба за ее осуществление вовсе не является тяжбой за личное признание и самоутверждение в качестве ученого или изобретателя.

Содержание сверхценных идей не бывает странным, нелепым, оно верно отражает реальные факты. Например, больной что-то изобрел, написал, создал, в этом, несомненно, есть нечто полезное, ценное. Но затем он начинает считать себя талантливым писателем, ученым, изобретателем, высказывает убеждение в своем высоком призвании, в то время как объективно его вклад является не более чем скромным. Сверхценные идеи отличаются стойкостью, обнаруживают тенденцию застревать в сознании, им свойственна эмоциональная насыщенность, аффективная охваченность. Они плохо поддаются разубеждению, оказывают значительное влияние на поведение и оценку происходящего, так или иначе связанного с содержанием сверхценных идей. Сталкиваясь с неопровержимыми фактами, дискредитирующими сверхценные идеи, больные используют неосознаваемые

механизмы психологической защиты (репрессию) и внешне некоторое время ведут себя правильно. Однако в новой ситуации, подкрепляющей уверенность в обоснованности своих амбиций, сверхценные идеи вспыхивают в сознании и обнаруживаются в поведении.

По содержанию сверхценные идеи чрезвычайно разнообразны. Это могут быть идеи, в основе которых лежит несоразмерно высокая оценка собственных творческих возможностей — больные считают себя значительными деятелями науки, политики, искусства, техники и ведут многолетнюю борьбу за признание себя в качестве таковых. Сверхценные идеи нередко проявляются в том, что больные считают себя ущемленными в правах, обойденными в справедливости, незаслуженно обиженными, оскорбленными, забытыми. Добиваясь восстановления своего имени, утраченных прав и привилегий, жестоко мстя обидчикам, пишут многочисленные жалобы, доносы, затевают один судебный процесс за другим. Часто встречаются сверхценные идеи ипохондрического содержания, в центре которых находятся опасения за состояние собственного здоровья. Целям его охраны подчиняется весь ритм и содержание жизни. Больные изучают медицинскую литературу, накапливают архивы из справок, снимков, анализов, вырезок из газет и журналов, сутяжничают, упорно добиваются консультаций видных специалистов, новейших методов обследования, дорогостоящего лечения, максимально ограничивают свою активность во всем, что не связано с преувеличенными опасениями за жизнь.

Нередко наблюдаются сверхценные идеи ревности в виде недоверчивости, готовности усматривать в поведении близкого человека признаки неверности, но главное, — не всегда ясно осознаваемого чувства уязвленного мужского или женского самолюбия. Сверхценными могут быть вероисповедные идеи. Больные становятся иногда основателями новых направлений религии, различных сект. Их нельзя считать фанатиками веры, которые служат религиозной идее самозабвенно, совершенно бескорыстно и преданно, жертвуя ради нее своим личным и чужим счастьем. При маломасштабных сверхценных идеях несложные гигиенические правила, моральные требования или ограничения в диете возводятся в жизненно важный принцип.

В пубертатном периоде могут формироваться сверхценные идеи, содержащие убеждение в физической неполноценности, уродстве или нарушении какой-либо функции организма — синдром Квазимодо, дисморфофобия, впервые описанная Е. Morselli (1886). Дисморфофобический синдром характеризуется тремя основными признаками (Коркина,

1977): опасениями или уверенностью в физическом недостатке (неправильном строении тела, недоразвитии или уродстве отдельных его частей, неприятном запахе, непроизвольном упускании мочи, кишечных газов и т. д.); сенситивными идеями отношения (пациенты считают, что окружающие замечают их пороки, обсуждают, не скрывая неодобрительного к ним отношения); подавленным настроением, психологически отчасти понятным, связанным с угнетающими представлениями о своем физическом «Я». Пациенты сосредоточены на себе, замкнуты, пытаются скрыть, замаскировать, устранить свои действительные, преувеличенные или мнимые недостатки. Часто разглядывают себя в зеркале — симптом зеркала Абели-Дельма (1927); отказываются фотографироваться, подолгу рассматривают свои фотографии, доказывая по ним свое уродство — симптом фотографии Коркиной; злоупотребляют косметикой, придумывают особые фасоны одежды, модели причесок, пользуются дезодорантами, усиленно занимаются некоторыми видами спорта, обращаются к косметологам и врачам за помощью, прибегают к необычным диетам или отказываются есть.

Дисморфофобия разграничивается на невротическую (опасения физического недостатка, часто навязчивые), сверхценную (преувеличение действительного недостатка) и бредовую (физический недостаток является мнимым). Бредовый вариант синдрома называют дисморфоманией. Помимо упомянутых, встречается неболезненный вариант реакции на собственную внешность — дисморфореакции. В большинстве случаев это скоропреходящие и поверхностные реакции, не нарушающие семейной и школьной адаптации и не требующие лечения.

Явления дисморфофобии чаще наблюдается у девочек — они больше внимания уделяют своей внешности и чаще, чем мальчики, бывают ею недовольны. Дисморфофобический синдром является, вероятно, ранневозрастным вариантом ипохондрического синдрома. Существующие между ними внешние отличия объясняются психологическими причинами — возрастной динамикой ценностных ориентации.

С дисморфофобией может быть связано развитие нервной анорексии. Нервная анорексия значительно чаще наблюдается у девочек, в последние десятилетия стала встречаться также у женщин. Отмечается тенденция к учащению нервной анорексии, чему в настоящее время нет убедительных объяснений.

Наблюдаются, кроме того (обычно у подростков), «односторонние, странные» интересы, целиком

захватывающие личность увлечения (занятия философией, йогой, каким-либо видом физических упражнений, необычные виды коллекционирования, пристрастие к отдельным видам пищи, особым диетам, «запойное чтение»), изученные многочисленными авторами (Ziehen, 1924; Сухарева, 1959; Наджаров, 1964; Вроно, 1971) и относящиеся к сверхценным образованиям (Ковалев, 1979). По мнению А. В. Снежневского (1970), наиболее часто встречаются сверхценные идеи при депрессивных состояниях, когда какой-либо незначительный проступок, совершенный в прошлом, вырастает в сознании больного до размеров тягчайшего преступления.

Сверхценные идеи наблюдаются у психопатических личностей (при патологическом их развитии) и при психопатоподобных состояниях в рамках различных, в том числе эндогенных заболеваний.

Патологические варианты паралогического мышления.

Сюда включены различные расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство с особенностями первобытного мышления: суеверия, ложные узнавания, символическое мышление, ритуалы, анимистические представления.

Суеверия — явление, весьма широко распространенное как у здоровых людей, так и среди душевнобольных. Имеются в виду вера в приметы, ворожбу, сновидения, прорицания, ясновидение, в силу приемов магии, обширный список которых можно найти у Ф. Рабле и к которым наше время добавило немало новых. Суеверия здоровых лиц является одним из наиболее ярких приемов живучести архаических традиций, чем-то вроде реликта первобытного мышления, духовной окаменелости, включенной в процессы дисциплинарного мышления. Мистические верования распространяются путем психического заражения. Они могут быть также проявлением психического заболевания. В последнем случае вера в существование оккультных явлений возникает у лиц, нередко высокообразованных, ранее свободных от мистики, внезапно, аутохтонно, обычно на фоне общего психического сдвига, характеризующегося тревожно-депрессивным аффектом, неясными и тягостными предчувствиями, беспокойством, другими нарушениями, входящими в структуру бредового настроения. Многообразие форм возникающих при этом поверий безгранично — любое случайное событие может расцениваться как признак надвигающейся катастрофы или ее причина. Как правило, больные располагают собственным реквизитом примет и поверий, хотя могут их заимствовать и у окружающих. По выходе из болезненного состояния склонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с

реалистических позиций, появляется критическое отношение к заболеванию.

В основе возникновения суеверий лежит способ рассуждений по принципу: после этого, значит, вследствие этого. Иными словами, причинно-следственные отношения между явлениями подменяются отношениями синкретизма или смежности: какое-либо событие ставится в зависимость от другого лишь на том основании, что оно имело место после него. Приведем несколько выдержек из историй болезни. В поисках причины плохих отношений с мужем больная обратила внимание на то, что перед ссорами в семье она несколько раз встречалась со свекровью. Значит, решила она, именно эти встречи являются причиной конфликтов, и виновата в них свекровь. За несколько дней до поступления больной в стационар ее дочь принесла с улицы голубя. Вечером того же дня больная почувствовала себя необычно плохо. Как сообщила она впоследствии врачу, причиной внезапного ухудшения самочувствия явился этот голубь. Следовательно, сделала она вывод, он был наделен силой порчи. В другом наблюдении больной утверждал, что вечерами у него непременно случаются неприятности на работе или в семье, если утром или днем он рассмеется или вообще бывает в хорошем настроении. Чтобы избежать неприятностей, когда стала ясной эта их причина, он старается не улыбаться, с утра избегает контактов с людьми, которые могут его рассмешить, не откликается на шутки, заставляет себя думать только о плохом и бывает доволен, если в это время случаются неудачи. Как рассказала больная, недавно она прекратила всякие отношения с давней подругой, так как после визита к ней почувствовала недомогание. Это единственное совпадение привело ее к убеждению, что именно эта встреча явилась причиной ухудшения самочувствия. Она постоянно ожи-дает смерти кого-либо из близких, так как обвалилась крыша ее дома. Незадолго до смерти матери, уверяет она, случилось то же самое. Больная считает, что меж. — ду указанными явлениями существуют причинные отношения, правда, ей непонятные. Склонность больных устанавливать причинные связи между случайными, но эмоционально значимыми явлениями становится той исходной позицией, с которой они начинают искать сверхъестественные причины происходящего.

Нарушения идентификации, впервые описанные Capgras et Reboul-Lachaux в 1923 г., проявляются в том, что тождественными считаются объекты, лишь отчасти сходные между собой и, напротив, один и тот же объект воспринимается всякий раз как другой в зависимости от того, какой из его внешних признаков оказывается в данный момент в поле зрения. Ложные узнавания, по К. Conrad (1979),

возникают вследствие психопатоподобных состояниях в рамках различных, в том числе эндогенных заболеваний.

Патологические варианты паралогического мышления.

Сюда включены различные расстройства мыслительной деятельности, обнаруживающие сходство с особенностями первобытного мышления: суеверия, ложные узнавания, символическое мышление, ритуалы, анимистические представления.

Суеверия — явление, весьма широко распространенное как у здоровых людей, так и среди душевнобольных. Имеются в виду вера в приметы, ворожбу, сновидения, прорицания, ясновидение, в силу приемов магии, обширный список которых можно найти у Ф. Рабле и к которым наше время добавило немало новых. Суеверия здоровых лиц является одним из наиболее ярких приемов живучести архаических традиций, чем-то вроде реликта первобытного мышления, духовной окаменелости, включенной в процессы дисциплинарного мышления. Мистические верования распространяются путем психического заражения. Они могут быть также проявлением психического заболевания. В последнем случае вера в существование оккультных явлений возникает у лиц, нередко высокообразованных, ранее свободных от мистики, внезапно, аутохтонно, обычно на фоне общего психического сдвига, характеризующегося тревожно-депрессивным аффектом, неясными и тягостными предчувствиями, беспокойством, другими нарушениями, входящими в структуру бредового настроения. Многообразие форм возникающих при этом поверий безгранично — любое случайное событие может расцениваться как признак надвигающейся катастрофы или ее причина. Как правило, больные располагают собственным реквизитом примет и поверий, хотя могут их заимствовать и у окружающих. По выходе из болезненного состояния склонность к мистической интерпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, появляется критическое отношение к заболеванию.

В основе возникновения суеверий лежит способ рассуждений по принципу: после этого, значит, вследствие этого. Иными словами, причинно-следственные отношения между явлениями подменяются отношениями синкретизма или смежности: какое-либо событие ставится в зависимость от другого лишь на том основании, что оно имело место после него. Приведем несколько выдержек из историй болезни. В поисках причины плохих отношений с мужем больная обратила внимание на то, что перед ссорами в семье она несколько раз встречалась со свекровью. Значит, решила она, именно эти встречи являются причиной конфликтов, и

виновата в них свекровь. За несколько дней до поступления больной в стационар ее дочь принесла с улицы голубя. Вечером того же дня больная почувствовала себя необычно плохо. Как сообщила она впоследствии врачу, причиной внезапного ухудшения самочувствия явился этот голубь. Следовательно, сделала она вывод, он был наделен силой порчи. В другом наблюдении больной утверждал, что вечерами у него непременно случаются неприятности на работе или в семье, если утром или днем он рассмеется или вообще бывает в хорошем настроении. Чтобы избежать неприятностей, когда стала ясной эта их причина, он старается не улыбаться, с утра избегает контактов с людьми, которые могут его рассмешить, не откликается на шутки, заставляет себя думать только о плохом и бывает доволен, если в это время случаются неудачи. Как рассказала больная, недавно она прекратила всякие отношения с давней подругой, так как после визита к ней почувствовала недомогание. Это единственное совпадение привело ее к убеждению, что именно эта встреча явилась причиной ухудшения самочувствия. Она постоянно ожидает смерти кого-либо из близких, так как обвалилась крыша ее дома. Незадолго до смерти матери, уверяет она, случилось то же самое. Больная считает, что между указанными явлениями существуют причинные отношения, правда, ей непонятные. Склонность больных устанавливать причинные связи между случайными, но эмоционально значимыми явлениями становится той исходной позицией, с которой они начинают искать сверхъестественные причины происходящего.

Нарушения идентификации, впервые описанные Capgras et Reboul-Lachaux в 1923 г., проявляются в том, что тождественными считаются объекты, лишь отчасти сходные между собой и, напротив, один и тот же объект воспринимается всякий раз как другой в зависимости от того, какой из его внешних признаков оказывается в данный момент в поле зрения. Ложные узнавания, по К. Conrad (1979), возникают вследствие того, что малозначительные детали и побочные обстоятельства становятся решающими в сознании. По этой причине происходит как отождествление лишь похожих лиц, так и отрицание идентичности одних и тех же. Объектом ложной идентификации может быть сам больной— он отождествляет себя с кем-либо, или других с собой. В других случаях неправильные узнавания касаются окружающих или предметов обстановки.

Иллюстрацией к нарушению идентификации собственной личности могут служить следующие клинические примеры. Больной шизофренией сообщает, что окончил военно-воздушную академию, служит военным летчиком, является участником недавней войны, был тяжело ранен, умер, потом

«воскрес». В это же время работал в колхозе трактористом. Учился в медицинском институте, работал хирургом. Имеет много правительственных наград. В действительности все было иначе: в двадцать лет он заболел и столько же находился в психиатрической больнице. Об этом также помнит и может рассказать, если в беседе строго придерживаться линии фактов. Ложные сведения почерпнуты им из прочитанных книг, телевизионных передач, кинофильмов, где его «изображали под видом других людей». Об этом он узнавал «по совпадениям»: упоминалось его имя, отдельные биографические подробности, употреблялись выражения, привычные ему или в которых окружающие отзывались о нем. О нем часто говорили, например, что он «не от мира сего». То же сказали о герое одного из фильмов. Этого было достаточно, так как он сразу понял, что в кинофильме изобразили его, больного. Несколько дней назад его показывали по телевизору, как космонавта. Об этом догадался, увидев звезду героя, — у него тоже есть такая награда, о чем он знает из кинофильма. Больной отождествлял себя и с людьми, с которыми непосредственно сталкивался в жизни. На вопрос, под какой фамилией он был хирургом, назвал человека, который действительно работает хирургом и ранее оперировал больного. В ответ на разубеждение, что тот молод, годится ему в сыновья, заметил, что это ничего не значит, — можно жить и в облике сына, так как люди «перевоплощаются». На вопрос, почему бы ему не считать себя американским президентом, сказал, что такого быть не может: «У президента глаза голубые, а у меня — зеленые».

Идентификация может проводиться в отношении ряда лиц, как реальных, так и мнимых одновременно. Так, больной утверждает, что является в одно и то же время богом, Тарзаном, Ричардом из Японии и Юрием Бушковым (фамилия больного). В некоторых случаях ложное отождествление теряет персонифицированный характер. Больная считает, что она — мать всего живущего на Земле, так как ее имя в переводе на русский язык означает «Мать — Родина».

Наблюдаются также ложные узнавания окружающих людей. Врач принимается за соседа по квартире, так как носит такие же очки, или за другого знакомого, у которого есть похожие усы. В одно и то же время он, по мнению больного, является умершим соседом, Штирлицем, санитаром и бандитом с финкой. Больной утверждает, что его бабушка и дочь — одно и то же лицо. Бабушка, по его мнению, перевоплотилась в девочку, так как у них одно и то же имя.

Наблюдения за больными показывают, что существует возможность ложной идентификации какого-либо объекта с его изображением или мысленным отражением. Так, больная

уничтожила фотографии свекрови, считая, что от них, как и от свекрови, исходят колдовские чары. В одном из наблюдений больной съел фотографию сына и думал, что тем самым убил его. Другой пациент сжег свои фотографии, опасаясь, что колдовство над ними повредит ему самому. На приеме в стационар больной шизофренией заявил, что ему исполнилось 1039 лет. Его объяснения таковы. По теории относительности, скорость течения времени определяется скоростью перемещения материальной системы в пространстве. Это влияет и на возраст человека. Однако возраст зависит еще и от того, как человек понимает упомянутую теорию. Ему, больному, она предельно ясна, и это эквивалентно скорости движения света. Следовательно, его возраст должен быть увеличен на тысячу лет. В приведенных соображениях, как это можно видеть, происходит отождествление объективного явления с его идеальным образом, мысленной копией, что является примером умозаключения, основанного на одном из законов пралогического мышления — законе подобия.

Нарушения идентификации в клиническом плане чаще всего рассматривают в плане бредовых расстройств.

В частности, это относится к бреду положительного и отрицательного двойника, а также к феномену Фреголи (подробнее об этом см. в главе о бреде). Н. Г. Шуйский (1979) объединяет различные нарушения идентификации в синдроме Капгра и разграничивает четыре его варианта: иллюзорную форму ложного узнавания, иллюзорно-бредовую форму, бредовую форму (бред двойников и феномен Фреголи), а также ложные узнавания с бредом и сенсорными расстройствами.

Символическое мышление. Символ — это образ, предмет или условный знак, служащий приметой, представителем какого-то явления, понятия или идеи. Существует множество общепонятных символов разного типа — слова, графические знаки, цвета, жесты, образы. Так, изображение женщины с повязкой на глазах и весами в руках символизирует понятие о справедливости. В данном случае символом понятия является образ. Цифры представляют собой графические символы понятия о количестве. Символ является условным знаком, чаще не имеющим значения самостоятельного объекта, обычно он служит лишь указанием на то или иное явление.

При психических заболеваниях наблюдается иное отношение к символам. Встречается, например, стремление придумывать новые, понятные лишь больному обозначения. Общепринятые символы могут использоваться для обозначения известных только больному явлений или фактов его жизни в совершенно не свойственном им значении. Нередко нарушается само понимание природы символа — он воспринимается не в

качестве знака, а как самостоятельное явление, заслоняющее реальное содержание объекта. Так, отдельный, расцениваемый как символ признак предмета, может придавать этому предмету совсем иной смысл. Символ выступает как бы носителем конкретного содержания, способного изменить само понимание природы явления.

Существуют различные виды патологической символики. Это могут быть новые слова, графические знаки, особые движения и действия, цвета, фигуры и т. п. И. С. Сумбаев (1948) различает два основных вида символики — горизонтальный и вертикальный. В первом из них содержание символа и обозначаемого им явления находятся на равном уровне абстрагирования. Например, рука обозначается как крыло или лапа. Во втором виде символики абстрактное понятие замещается наглядно-конкретным представлением. Например, понятие об учебном процессе передается с помощью образа топящейся печи. С другой стороны, конкретный образ может быть обозначен абстрактным понятием.

Завилянский с соавт. (1989) также различают два типа символики. Конкретно-наглядная символика характеризует наглядный уровень мышления, что сближает символическое мышление с паралогическим. Абстрактная (псевдоабстрактная) символика отличается крайним схематизмом суждений и чрезвычайной оторванностью их от реальности.

Одним из частых видов патологической символики является особый характер использования количественных знаков — цифр. Приведем несколько клинических примеров. Больная шизофренией категорически отказалась сдать на хранение паспорт, так как не хотела, чтобы узнали её номер — «1322119829». Выяснилось следующее. Цифра 13 в этом номере указывает на то, что 13 августа она впервые оказалась в психиатрической больнице, о чем на приеме она умолчала. Цифра 22 говорит о событиях, прошедших 22 ноября. В этот день окружающие издевались над ней, намекали, что она «снова поехала в психиатричку». Двойка напоминает также, что к больнице можно проехать автобусом № 2. Цифра 11 сообщает о случае в автобусе, следующем по одиннадцатому маршруту. Пассажиры говорили, что им известно, чем она болеет. Цифра 98 является пророческой: 9 числа любого месяца в 8 часов вечера произойдет нечто очень важное с нею, а быть может и в мире: «Произойдет что-то гениальное, из-за этого меня могут убрать». Наконец, цифра 29 указывает на ее действительный возраст, хотя в паспорте значится другой.

В другом наблюдении «магической» для больного была цифра

9. Она означала для него «все самое лучшее» и указывала, что его надежды на будущее обязательно сбудутся. Эта цифра стала критерием достоверности его выводов и мерилom важности происходящего. Так, он считал себя сыном одной знаменитости, посетившей однажды Иркутскую область. Гость побывал при этом в тех же городах, куда перед этим ездил больной — «значит, он искал меня, ехал по моим следам». В газете упоминалось, что возраст гостя составляет 72 года.— «Так как в сумме семь и два будет девять,

это доказывает, что он был моим отцом». Больной был уверен, что 9 мая в 6 часов вечера состоится его встреча с «отцом» и с нетерпением ждал его. Именно в 6 часов потому, что «шестерка — это перевернутая девятка». О столь большом значении цифры 9 он узнал по целому ряду совпадений: она значилась в номере его квартиры, домой он добирался автобусом девятого маршрута, год его рождения содержит две девятки и, кроме того, именно 9 мая отмечается День Победы. Волнуясь за исход беседы с врачом, больной тотчас успокоился, когда в разговоре прозвучало слово «девять» — «я сразу понял, что все будет нормально». Здесь трудно удержаться от аналогии с ветхозаветной магией чисел. Сакральные числа 7, 3 и 5, созвучные идеям древней числовой эстетики, выражали в те времена идею совершенства, законосообразности и гармонической стабильности. Если человека всюду окружали такие числа, значит, его дела шли «правильно, по порядку и по чину» (Библия, книга Иова). Идея самодовлеющих чисел, как известно, была центральной в воззрениях пифагорейцев. Числа рассматривались, как имеющие основание в самих себе, как причина вещественных явлений.

Можно проследить психологический механизм образования такого рода патологических символов: отдельный признак, свойственный явлению (или ряду явлений) приобретает в сознании больного самодовлеющее значение и в свою очередь определяет смысл и значение других объектов, имеющих этот признак. Патологическая символика данного типа обнаруживает очевидное сходство с мыслительной деятельностью, базирующейся на пралогическом законе подобия: внешнее сходство предметов принимается за их идентичность; случайный признак, отдельное свойство или часть явления рассматриваются как тождественное целому, обладающему таким же признаком или свойством. Указанный вид символики отличается индивидуальным характером и не совпадает с описанным Е. Блейлером типом аутистической символизации.

Нередко патологическим символом является цвет предмета. Так, больной выразил в беседе недоумение, почему никто из

присутствующих не обратил внимания на цвет его одежды. При расспросе выяснилось, что он «специально носит белые носки (он «белый человек»), куртку темного цвета (это указывает на то, что он не гнушается самой черной работы), красный халат (красный потому, что кровь у меня красная и потому, что я — хан Солнца; едва я приехал в Иркутск, здесь сразу стало тепло)». Другой больной носил одежду, включая трусы и майку, только красного цвета. Этим он показывал врагам, что будет бороться с ними до конца. Кроме того, он утверждал, что в разное время дня нужно пить таблетки различного цвета: утром — красного, днем розового, на ночь — белого — «Восток на рассвете алый, значит и таблетки должны быть красные. Ночью находишься в постели: простыни, подушки белые, и таблетки тоже надо белые».

Символический характер могут приобретать и действия больных. Пациентка показывает кисть — «пять пальцев символизируют счастье». В руководстве по психиатрии В. А. Гиляровского (1954) приводится следующее наблюдение. Больной разделся донага и на вопрос, почему он это сделал, ответил: «Нагота — это освобождение от глупых мыслей запутавшегося псевдочеловека». Вот другой пример. Больной постоянно тушит горящие папиросы на правой руке, но редко и неполностью делает это на левой. Как он объяснил, правая рука означает «наших — наше дело правое», а левая рука — «наших врагов». Своими действиями он показывает, что «у нас» хватит терпения и силы справиться с врагами, которые явно слабее нас.

Объектом патологической символики могут быть и общепринятые символы. Так, отдельные слова воспринимаются как указания на целое слово, из которых составляются фразы. Например, больной «расшифровал» термин «шизофрения» так: «Шибко зараза Фереферов ревет начальник и я». Фереферов — фамилия больного.

Иногда изобретаются новые звуки, служащие больным в качестве только им понятных символов. Придумываются новые слова — неологизмы, собственный язык — криптолalia, особые шифры — криптография, в рисунках создаются причудливые образы — неоморфизмы. Наблюдаются и другие виды патологической символики: замена одних слов другими, использование сокращений, геометрических образов, особых жестов. Символическое мышление является характерным для шизофрении.

Ритуалы — форма сложного символического поведения, упорядоченная система магических действий (во всяком случае, по своему происхождению в историческом прошлом). Существуют различные виды ритуалов. Религиозные ритуалы,

например, являются одним из главных выражений культовых отношений. Гражданская обрядность, этикет относятся к ритуалам из области церемониальных форм официального поведения и бытовых отношений.

Ритуалы, как патологическое явление, представляют собой особую систему действий (в том числе речевых), выполняемых с целью защиты от мнимой опасности, часто неопределенной, плохо дифференцированной, или с намерением причинить вред предполагаемым недоброжелателям. Возникают в связи с другими расстройствами психики, в частности, тревожно-депрессивным настроением, аффективной напряженностью, страхами. Отличаются от традиционных мистических и религиозных обрядов еще и тем, что имеют сугубо индивидуальный характер, не преследуют культовых целей и связаны с нарушениями мышления и мотивации. Ритуалами могут быть не только определенные действия, но и отказ от выполнения некоторых из них. Ритуальные действия бывают эпизодическими, могут постоянно видоизменяться, быть стереотипными, повторяясь иногда много раз подряд.

В качестве иллюстрации приведем следующие наблюдения. Во время чтения больной называет знаки препинания вслух, слово «точка» громко произносит подряд три раза. Вслух произносятся слова «бог», «аллах». При этом больной встает, многократно кланяется, несколько раз шумно вздыхает и подолгу щелкает пальцами. Иногда бьет кулаком в грудь, по голове, сильно, до боли стучит в стену. Дотрагивается до всех предметов, встречающихся по пути. Указанные действия совершаются в связи с неясным ощущением надвигающейся опасности; вначале произвольные, они становятся затем насильственными, непреодолимыми. Отказ от выполнения некоторых действий может проявляться, например, в том, что при чтении опускаются строки, порядковый номер которых соответствует магическим цифрам, не произносятся вслух некоторые слова. Дверь открывается только правой рукой, при ходьбе по улице больные избегают ступать в ямки, передвигаются только по четной стороне улицы, пропускают автобусы с определенными номерами.

Ритуалы могут быть разграничены также в зависимости от того, какой тип умозаключений лежит в их основе. С указанных позиций можно выделить два основных их вида. Первый вид ритуалов обнаруживает сходство с так называемой контактной магией, основанной на законе сопричастия или контактности. Например, больная шизофренией принесла с иностранной выставки несколько проспектов, положила их в грязное ведро, забросала хламом и поставила ведро на кучу мусора. Этими действиями она «наказала империалистов» — «им место на помойке истории». Подобные сложные

символические действия пациентка выполняла и в других ситуациях. Жесткой конструкции ритуалов у нее не наблюдалось. В другом наблюдении больной, оказавшись в остром психотическом состоянии, сорвал со стен комнаты обои, отбил штукатурку, выбросил и сжег ряд вещей, зарыл в землю деньги. Перед тем, как это делать, прикладывал предметы к груди, чтобы узнать, что именно нужно выбросить или уничтожить. Он считал, что некоторые вещи «пропитаны биополем», нарушающим работу его сердца. «Биополе» перешло на них от тестя, который ранее был в этой комнате. Он считал также, что «биополе перешло» на него самого, так что теперь и он может распространить его влияние на окружающих. Действия, подобные упомянутым, он производил несколько раз и позже.

Другая разновидность ритуалов имеет черты сходства с поведением, базирующимся на использовании закона подобия — имитативной или гомеопатической магией. Например, у больного наблюдались длившиеся по несколько часов состояния речевого и двигательного возбуждения, во время которых он выкрикивал слова следующего содержания: «Черт, черен, чернота, грязь, гниль, мусор, помойка, вонь...». При этом он от чего-то отстранялся, отмахивался, что-то отгонял, отбрасывал, провожал взором. Поведение и его мотивы скрывались от близких. Так как это не всегда удавалось, он намеревался изучить иностранные слова, обозначающие все самое дурное с тем, чтобы близким было непонятно, о чем он говорит. Как он объяснил, ему «необходимо» было выполнять указанные действия и произносить заклинания, чтобы обезопасить себя и отвести грозящие неприятности. Приведем еще один пример. В ответ на просьбу сообщить значение пословицы «не плюй в колодец...», прозвучал ответ, идентичный формуле магического заклинания: «Если колодец высох, надо плюнуть в него и сказать: вода, вода, приди, приди, приди. И тогда в колодце появится вода...».

Ритуальные действия, как это показано в приведенных наблюдениях, могут носить навязчивый, насильственный характер или быть связаны с бредовыми убеждениями.

Анимистические представления — тенденция к одушевлению различных предметов. Как известно, способность разграничивать живые объекты от неодушевленных появляется у детей в возрасте двух, трех лет. При умственной отсталости и синдромах раннего детского аутизма она формируется иногда позже. В ходе регрессии, обусловленной психическим расстройством, эта способность может утрачиваться. Так, больной отказывается спать на матрасе и спит на полу или кроватиной сетке. «Матрасу больно, как и мне». На просьбу объяснить значение пословицы «тише

едешь...» отвечает: «Правильно, меньше боли для машины. Трения меньше, колеса ведь живые. Ладони потри, им тоже больно». На возражение, не может же в самом деле стол быть живым, он сказал: «Стол живой. У него есть душа. Он тоже хочет есть». Некоторые люди, по-видимому здоровые в психическом отношении, но очень внушаемые, при определенных обстоятельствах готовы поверить в воскресение после смерти. Они считают, что смерть—это отделение души от тела. Чтобы оживить человека, нужно душу вернуть обратно. В наши дни появились специалисты, которые берутся это делать за весьма умеренную плату.

Наблюдаются нарушения психики, при которых происходящее в данный момент воспринимается как отзвук собственных мыслей, намерений, как непосредственное воплощение в реальности субъективных переживаний. Больная сообщает, что все происходит именно так, как перед этим думает она. Едва она подумает об обходе врача, как тот появляется в палате. Стоит вспомнить о плохой погоде, как она немедленно портится. Достаточно представить какое-либо явление, и оно здесь же на глазах совершается. Точно также могут расцениваться причины различных событий прошлого.

Данное нарушение может быть обозначено термином феномен воплощения. Субъективные представления проецируются на реальность так, что она воспринимается как эхо внутренней активности. На этом больные основывают убеждение в обладании сверхъестественными возможностями, отсюда вырастают идеи вдохновения, одержимости, могущества, величия.

Нарушения мыслительной деятельности, напоминающие проявления архаического мышления, могут быть обнаружены в структуре различных психопатологических феноменов: навязчивостей, психических автоматизмов, разнообразных бредовых идей (архаические формы бреда, бред особого значения, могущества, воздействия).

В клинической практике встречаются также состояния с религиозной структурой болезненных переживаний. В экстатических эпизодах, галлюцинаторных переживаниях у ряда больных религиозная тематика приобретает отчетливое звучание или даже доминирует. Хорошо известна набожность больных эпилепсией. Экстаз ужаса, припадки падучей болезни, разговоры во сне считались у скандинавов признаками способности человека стать шаманом (Фасмер, 1986). Встречаются случаи внезапного «обращения» в веру, несомненно связанные с психическим заболеванием. Приведем соответствующее наблюдение. Больной шизофренией сообщил, что уже несколько лет пребывает в

подавленном настроении. Имела место суицидальная попытка. Что было дальше, он рассказал так: «Я уже задыхался, как вдруг загрохотало, замелькало,— началась гроза. Внезапно что-то остановило меня... Я почувствовал, что это было указание свыше о том, что я не имею права лишать себя жизни. В последний момент удалось снять петлю и я побежал... Так я стал верующим. Я постоянно чувствую, что бог есть, ощущаю свою открытость перед ним. Обо мне ему все известно, что я делаю или думаю. Все воспринимаю теперь как должное, судьбу; и уже нет мучавших меня прежде сомнений, ощущения одиночества и незащищенности...». По выздоровлении к религиозным переживаниям, связанным с болезненным состоянием, появляется критическое отношение. Эти переживания у части больных иногда сохраняются в качестве резидуальных расстройств либо развиваются далее. Но и в этом случае вера больных отличается от общепринятых канонических ее форм. Известно, что психопатологические явления у верующих также имеют особую окраску. Так, бредовые идеи самообвинения и виновности выглядят как идеи греховности. Объектом контрастных навязчивостей нередко становятся символы веры. С другой стороны, психическое заболевание может вести к утрате имевшегося ранее чувства веры. Отмечается, в частности, что при депрессии религиозные чувства исчезают (Hole, 1976). Некоторыми авторами указанный феномен рассматривается как центральное проявление депрессии.

Патологический вариант аутистического мышления.

Аутистическим, в широком понимании, является мышление, отклоняющееся от реалистического в любом отношении и в разной степени. В этом смысле всякое искажение мыслительной деятельности, связанное с влиянием эмоций, установок, обусловленное недостатком опыта или склонностью к фантазированию, может расцениваться как проявление аутистического мышления. Обеспокоенный необоснованно широким употреблением этого термина, Е. Блейлер предложил вместо него другой— «dereistic thinking» (дереистическое мышление), который не получил, однако, распространения.

Как клинический феномен, аутистическое мышление в основных чертах является антиподом реалистического мышления, поскольку роль субъективного доведена в первом из них до крайних пределов. Это мышление без логики; не нарушение в том или ином отношении, а отсутствие всякой логики составляет одну из важнейших его особенностей. Больные считают, что можно жить в XX и XXII вв. одновременно, быть в одно и то же время ничем не примечательным человеком и повелителем планет, находиться в психиатрической больнице и выполнять ответственные

государственные задания, быть живым и умершим, ребенком и глубоким стариком, миллионером и получать пенсию по инвалидности, нисколько не смущаясь столь грубыми противоречиями. Содержание аутистических переживаний характеризуется неправдоподобием, фантастичностью, нередко напоминает сюжеты сказок, мифов, легенд, сновидений и вместе с тем отличается однообразием, повторяемостью у разных больных. Для больных не существует ничего невозможного, недостижимого, нереального. Можно неоднократно умирать и воскресать в облике различных людей и животных, помолодеть, стать бессмертным, невидимым, иметь сотни и тысячи детей, рожать детей десятками и сотнями, совершить путешествие по Вселенной и т. п. Существенной особенностью аутизма является то, что больным, по их мнению, для этого ничего не надо делать: содержание любой мысли непосредственно принимается за уже свершившийся факт. Окружающее и действительное положение их дел оставляет больных совершенно равнодушными. Факты реальности во внимание обычно не принимаются, пациенты ориентированы на внутренние события и за пределы своих грез, во внешний мир обычно не выходят. Больные не пытаются проверить правильность своих утверждений и вообще не нуждаются в доказательствах своей правоты, не понимая вопиющего неправдоподобия того, что представляется им очевидным. Внешняя активность некоторых пациентов резко снижена, касается ли это реальных потребностей или связанных с аутистическим и идеями. Аутистические тенденции вообще редко прорываются наружу в виде каких-то действий, поступков. Многие из больных почти ничего не сообщают о своих переживаниях либо упоминают о них вскользь, изредка, после просьб, не настаивая при этом на своем и не стараясь никого убедить («бедный» аутизм, по Б. Минковски). Другие, напротив, бывают излишне многоречивыми. Их сообщения о невероятных событиях прошлого или относящихся к настоящему времени очень живые, образные и постоянно меняющиеся, по существу, идентичны имажитивно-конфабуляторным бредовым идеям (бреду воображения и конфабуляторному бреду), типичным для синдрома экспансивного конфабулеза («богатый аутизм»).

Наряду с аутистическим описывают фабулирующее мышление (Завилянский и др., 1984). Главным признаком последнего авторы считают продуцирование вымыслов: заместительных и фантастических конфабуляций, истерических фантазмов, а у псевдологов — сознательной лжи. Исключая откровенную ложь, характеризующую скорее ценностные ориентации личности, нежели структуру мышления, следует заметить, что тенденция к вымыслам, вытесняющим реальность, является

одной из наиболее примечательных сторон аутизма вообще.

Патологические варианты наглядно-действенного мышления. Сюда отнесены расстройства доречевого мышления, выражающиеся отдельными, разрозненными действиями, направлениями на различные внешние объекты, случайно оказавшиеся в поле зрения. Можно разграничить четыре вида таких действий: реактивные, нелепые, импульсивные и прозектические.

Реактивные действия — при виде предмета совершается действие, адекватное по отношению к нему, однако, в данный момент совершенно бесцельное и абсолютно ненужное. Увидев открытую дверь, больной закроет ее, распахнет прикрытое окно, повернет торчащий из замочной скважины ключ, позвонит, увидев телефонный аппарат, сгребет рассыпанные на столе бумажки, начнет складывать в кучу разбросанные скрепки, кнопки, печатать на подвернувшейся случайно машинке, листать оставленную кем-то другим книгу, щелкать выключателем, крутить водопроводный кран. Съедается попавшая на глаза пища, надевается забытая другими одежда; при виде стула больной на него сядет, заметив кровать, — ляжет в нее, а обнаружив чью-то расческу, начнет причесываться, даже если на голове нет волос. Поправляется косо висящая таблица, оттирается пятно на стене, сдуваются пылинки и т. д.

Реактивные действия могут быть относительно простыми, элементарными, но бывают и более сложными: больной садится, например, в автобус, расплачивается, выходит на одной из остановок, пересаживается в другой вид транспорта, часами блуждает без всякой цели по городу. Совокупность последовательно совершаемых реактивных действий напоминает порой поведение больных эпилепсией в состоянии амбулаторного автоматизма.

Иногда указанные действия приобретают характер психических автоматизмов. Выходя на работу, больная систематически опаздывала, иногда добиралась туда лишь к концу рабочего дня. По дороге она останавливалась, читая вывески, заходила в магазины, столовые, различные учреждения, переходила улицы, если встречались обозначенные переходы, уезжала на встречном транспорте в другой конец города. В клинике открывала и закрывала форточки, окна, двери, собирала с полу соринки, застилала кровати, заглядывала во все кабинеты. По ее словам, она была вынуждена это делать, так как находилась «под гипнозом».

Нелепые действия — искажения предметных действий. Манипуляции, адекватные по отношению к определенным

объектам, как бы переносятся на другие,, случайно попавшие в поле зрения. Действия бесцельны, совершаются бездумно, машинально, отчета об их мотивах получить не удастся. Пациент как бы дурачится, играет роль шута. Например, при курении пепел стряхивается в рот, съедаются окурки, на тело наклеиваются марки, в чай насыпается соль, кисель выливается на голову, суп больной пытается есть вилкой, рисует на постельном белье, глотает несъедобные предметы, выщипывает брови и ресницы. Все это очень напоминает бред, существующий на уровне наглядно-действенного мышления.

Импульсивные действия — элементарные и бессмысленные действия разрушительного или агрессивного характера, выполняемые совершенно неожиданно, внезапно, под влиянием непосредственных побуждений. Мотивация таких действий обычно отсутствует. Больные срываются вдруг с места и начинают бить стекла, посуду, ломать мебель, рвать одежду, набрасываются на окружающих, пытаются ударить их, укусить. Агрессия может быть направлена на себя. Таковы, например, импульсивные суицидальные попытки или самоповреждения. При виде ножа больной наносит им удар себе в грудь; увидев таблетки, пьет их. Объяснений таким действиям обычно не дается — больные сообщают, что не имели никаких намерений, вообще ни о чем не думали, делали все механически.

Возникающие импульсы к агрессии и разрушению могут отображаться в сознании как неудержимые «желания» сделать что-либо противоестественное, противоречащее обычным побуждениям. Больная сообщает, что временами испытывает приступы, во время которых ей «страшно хочется сойти с ума и сделать что-нибудь ужасное: вырвать отцу глаз, разбить о его голову бутылку, а затем ее осколками выколоть ему глаза, задушить случайно встреченную женщину, громко выкрикнуть циничное ругательство...». Ощущает «огромное внутреннее напряжение» и, чтобы «разрядиться» и не сделать это, громко и дико кричит, рвет книги, бьет посуду, ломает зеркала,, рубит мебель.

Импульсивные действия могут расцениваться больными как насильственно вызванные, как результат овладения внешними, чуждыми силами.

Прозективные действия — совершаемые без всякого намерения и ясной цели дотрагивания до окружающих объектов, ощупывания, поглаживания, похлопывания. Иногда пациенты хватают увиденные предметы, вырывают их из рук окружающих, тянут к себе, бывает, что и в рот.

Реактивные, нелепые, импульсивные и прозективные

действия наблюдаются при кататонических и кататоноподобных состояниях при шизофрении, опухолях головного мозга, атрофических процессах.

Бредовые идеи. Это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким-либо способом (Гиляровский, 1954). Совокупность бредовых идей называется бредом (Снежневский, 1983). Автор определяет бред как некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных на то оснований. По мнению И. Я. Завилянского, В. М. Блейхера, И. В. Крук, Л.П. Завилянской (1989), бредовые идеи — это болезненные, неправильные суждения и выводы, овладевающие сознанием больных и искаженно отражающие действительность; они отличаются постоянством и непоколебимостью, совершенно не поддаются коррекции. Согласно дефиниции G. Huber, G. Gross (1977) бредом являются «неверные по своему содержания убеждения, не выводимые из других переживаний (психических актов) и возникающие с характером непосредственной очевидности, которых больные придерживаются постоянно или в течение длительного времени, несмотря на сохранность интеллекта и на несовместимость этих убеждений с прежним опытом и с действительностью, и в отношении которых больные остаются недоступными для переубеждения».

В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции.

Ложность содержания бредовой идеи, несоответствие с реальностью отличает ее от сверхценной идеи. Отклонение от действительности может быть очевидным, если утверждения больных абсурдны, находятся в грубом противоречии с фактами. Последнее свидетельствует о глубоком поражении интеллектуальной деятельности, значительном снижении критики или связано с особой остротой и большой давностью заболевания либо с умственной отсталостью. В иных случаях наблюдаются более или менее правдоподобные бредовые идеи, примером чему является бред обыденных отношений.

Болезненность основы возникновения бреда характеризует его как аутохтонный, психологически невыводимый симптом психической патологии, «первичное» расстройство, непосредственно связанное с повреждением мозга. Где истинный бред, там прекращается психологическое понимание, основанное на особенностях характера; а в случаях, где возможно психологическое понимание, там нет

бреда, указывает К. Шнейдер. Несмотря на то, что фабула бреда нередко включает те или иные реальные события, роль последних в его возникновении незначительна и сводится лишь к наполнению бредового убеждения конкретным социальным содержанием (Кербиков, 1949). Бред в этом смысле — это особый тип психологической структуры, проявляющейся искаженным пониманием реальных отношений и возникающей независимо от истинного характера последних. Внутреннее событие воспринимается бредовым пациентом за факт окружающей действительности. По мнению Г. В. Зеневича (1978), бред является выражением патологически измененного мышления, представляющего в свою очередь результат сложно трансформировавшихся нарушений познавательной деятельности. Поразительное сходство бредовых идей у больных разных времен и самых различных национальностей, отмеченное W. Griesinger в 1886 г., может указывать на закономерный характер нарушений познавательной деятельности, лежащих в основе бреда.

Уверенность больных в правильности бредовых утверждений, отличающая их от навязчивых идей, носит явно патологический характер. Не имея доказательств своей правоты и, отчасти понимая это, больные тем не менее не отказываются от своих убеждений, так как «интуитивно, нутром, по наитию» чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить не себя, — они в этом не нуждаются, — а окружающих, которые не разделяют их мнения. Существует в связи с этим точка зрения, согласно которой бред — это патологический вариант интуитивного мышления.

Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам. «Ошибаться свойственно человеку, а упорствовать в ошибках свойственно безумцу», — эта мысль Цицерона отражает статус бредового больного. Больные часто и не стремятся удостовериться в своей правоте, проверить соответствие бредовых идей с реальностью. Факты действительности, противоречащие бредовым воззрениям, как правило, не принимаются в расчет, либо толкуются односторонне, лишь в плане подтверждения бреда. Данное обстоятельство указывает на грубое нарушение интегративных психических функций, патологию самосознания, личности в целом, и как следствие этого, утрату критического отношения к заболеванию. Не следует поэтому проявлять настойчивость в переубеждении больных. Это ничего не дает, а иногда приводит к нежелательным последствиям, особенно если учесть склонность некоторых больных с бредом к

диссимуляции. Постепенно они начинают понимать, что следует говорить, чтобы выписаться, допустим, из больницы. Более того, врач может быть вплетен в бредовую систему взглядов и рассматриваться в качестве соучастника мнимого преследования, направленного против больного.

Бредовые идеи многообразны. Существуют различные подходы к их классификации. Один из них основан на учете содержания бредовых идей. Хотя систематика бреда по содержанию является малоинформативной (Bernier, 1977), изучение фабулы бреда имеет определенное практическое значение. Это может облегчить, во-первых, его выявление. Дело в том, что не все больные и не всегда сообщают об имеющихся у них бредовых убеждениях. О последних врачу приходится нередко догадываться по отдельным замечаниям, намекам, излишне подробным описаниям некоторых ситуаций и особому значению, придаваемому малозначительным деталям, отрывочным записям или некоторым поступкам больных, что особенно часто бывает, когда они скрывают свои бредовые идеи. Во-вторых, анализ содержания бреда может иметь определенное диагностическое значение. Бредовые идеи ревности указывают на возможность злоупотребления алкоголем. Бредовые идеи с характером преследования чаще встречаются при шизофрении. По данным G. Huber, G. Gross (1977), идеи преследования и отношения составляют 79,5 % шизофренического бреда, идеи отравления— 41,8 %; значительно реже наблюдаются бредовые идеи иного содержания. Простота и конкретность бредовых идей более свойственна алкогольным, реактивным и органическим психозам. При шизофрении бред нередко отличается оторванностью от реальности, особой сложностью, заумностью, вычурностью. Пышные, нелепые и генерализованные бредовые идеи наблюдаются при прогрессивном параличе. Изучение содержания бреда помогает, кроме того, раскрыть особенности нарушения мыслительной деятельности, определяющие некоторые клинические признаки бреда.

С учетом содержания¹ можно выделить три группы бредовых идей: персекуторные, экспансивные и депрессивные бредовые идеи.

Содержанием персекуторных бредовых идей является уверенность больных с исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. По наблюдениям Ю. Каннабиха, на первом этапе развития бреда больными владеет чувство угрозы их общественному положению. На втором преобладают бредовые переживания, связанные с чувством физического

самосохранения. К персекуторным бредовым идеям относятся следующие.

Бред преследования — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже — благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей («мигрирующие преследуемые») — избегают контактов, меняют место жительства, уезжают в глухие, отдаленные районы, поселяются в безлюдных местах, пытаются изменить внешность, документы. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов («преследуемые преследователи»). С этого момента они становятся опасными для окружающих.

Бред физического воздействия — убеждение в том, что преследователи, используя технические средства или другие способы воздействия, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма, вызывают разнообразные тягостные физические ощущения.

Бред психического воздействия — убеждение в том, что преследователи с помощью особой аппаратуры, гипноза, телепатии, биополей, посредством некоей ноосферы воздействуют на психику и поведение больных. В архаических бредовых идеях фигурирует воздействие посредством магии, колдовства, ворожбы, порчи и т. п.

Бред отравления — убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным либо гипотетическим ядом.

Бред ограбления — больные считают, что лица, преследующие их, завладели квартирой, материальными ценностями, оставили их без средств к существованию.

Бред ревности (бред супружеской неверности, синдром Отелло, синдром третьего лишнего) — убеждение в том, что жена (любовница) больного или муж (любовник) больной изменяли в прошлом или изменяют в настоящее время. Часто перерастает в бред преследования, отравления.

Бред обыденных отношений (бред малого размаха) — преобладают темы ущерба (чаще морального), притеснения в правах, мелкого преследования, отравления. Бредовые идеи, простые, обыденные и правдоподобные, направлены против конкретных лиц из непосредственного окружения больного

(родных, соседей). Наиболее полно описан в трудах отечественных психиатров (Жислин, 1965; Шахматов, 1968; Иле-шова, 1970; Лебедев, 1963). Указанные особенности бреда рядом авторов рассматриваются как проявление возрастной динамики бредовых психозов вообще. В частности, они свойственны бреду, развивающемуся в рамках так называемой поздней шизофрении (Штернберг, Пятницкий и др., 1979).

Бред эротического презрения Керера — больные (женщины) считают, что окружающие принимают их за женщин легкого поведения. В чем-то перекликается с бредом эротического преследования Крафт-Эбинга, при котором больные убеждены, что их преследуют с эротическими, иногда, гомосексуальными намерениями.

Бред сутяжничества — больные убеждены, что окружающие нарушают их законные права, оскорбляют их лучшие чувства, несправедливы к ним, умышленно принижают их заслуги и достижения. Добиваясь восстановления мнимых прав, уважения, признания, больные пишут многочисленные жалобы в различные инстанции, печать, судятся, разоблачают своих недоброжелателей. Является частной формой бреда притязания (ревендикации), при котором больные явно преувеличивают свои права и различными способами стремятся осуществить чрезмерные требования к окружающим и обществу.

Содержанием экспансивных бредовых идей является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных. Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

Бред величия — убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную.

Бред могущества — убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограничены, беспредельны.

Бред бессмертия — больные утверждают, что жили или будут жить всегда. Бредовые идеи бессмертия наблюдаются также в состоянии депрессии — больные считают, что в будущем им предстоят нескончаемые страдания.

Бред богатства — больные мнят себя обладателями огромных

богатств.

Бред изобретательства — больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных и многочисленных научных открытий.

Бред высокого происхождения — больными владеет уверенность в том, что их родители,— лица, занимающие высокое положение в обществе, однако, скрывающие родственные связи с ними.

Бред реформаторства проявляется широкомасштабными идеями социального и государственного переустройства или более конкретными, но столь же неприемлемыми предложениями по преобразованию структуры медицинской помощи, системы образования, воспитания детей. Не следует, однако, думать, что больные не способны иметь дельных соображений и вздорным является все, о чем бы они не говорили.

Мессианский бред — больные считают себя посланцами бога, пророками, мессиями, освободителями человечества от греха, призванными осуществить на Земле идеи любви, добра и справедливости.

Эротический (любовный) бред — синдром Клерамбо. Впервые описан Ж. Эскиролем в 1838 г. Наблюдается обычно у женщин. Его содержанием является уверенность в том, что некое лицо, как правило, незнакомое и вышестоящее в социальном отношении, любит больную, что вызывает с ее стороны ответное любовное чувство. Бред отличается возвышенным платоническим характером. Нередко сочетается с убеждением в обладании редкой красотой, необычайной привлекательности. Случается и так, что аутистическая мечтательность сменяется обнаженной прямолинейностью, упорной борьбой за обладание мнимым партнером. Он становится объектом неустанного эротического преследования, с ним упорно добиваются встреч, ему пишут бесчисленные письма, делаются настойчивые предложения вступить в брак. Оставляя своих близких, мужа, детей, больные с любовным бредом бесцеремонно вторгаются в чужие семьи, порой создавая в них весьма драматические ситуации.

Бред невиновности и помилования Дельбрюка (1857)—больные (осужденные за совершенное правонарушение) убеждены, что не являются преступниками, помилованы судом и будут отпущены на свободу. Бред является итогом вытеснения психотравмирующей ситуации и замещения представлений о ней истерическими фантазиями. Собственно бредом его

считать, пожалуй, не следует, речь идет скорее о бредоподобном фантазировании.

Содержанием депрессивных бредовых идей является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

Бред самоумаления или самоуничижения — убеждение в собственной безнравственности, своей никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности, неспособности заслужить у окружающих ответное чувство благодарности и уважения. Нужно заметить следующее: когда депрессивные пациенты утверждают, что они «никому не нужны», это не всегда самообвинение. За этим утверждением может скрываться обвинение окружающих в бездушии и черствости, обида эгоцентрической личности на отсутствие внимания и тепла со стороны «бессердечных» людей, недоверие к ним.

Бред самообвинения — больные обвиняют себя в совершении различных неблагоприятных поступков, преступлений и выражают готовность понести за это справедливое наказание. Конкретное содержание идей самообвинения (пациенты приводят доказательства своей вины, сообщают о фактах убийства, изнасилования и тому подобных правонарушений, в действительности ими не совершенных) имеет своим источником бредовые конфабуляции.

Бред обвинения — больные считают, что окружающие обвиняют их в неблагоприятном поведении. Для депрессивного бреда обвинения характерно, что больные оценивают эти обвинения как обоснованные и думают о себе точно так же. Случаи, где идеи обвинения рассматриваются больными как не имеющие основания, относятся, очевидно, к персекуторным бредовым идеям.

Ипохондрический бред — больные убеждены, что страдают тяжелым, неизлечимым или постыдным заболеванием — «бред болезни». Факт психического расстройства при этом не осознается. Некоторые пациенты пытаются даже доказывать, что как раз с психикой у них «все в порядке».

Нигилистический бред — уверенность в отсутствии внутренних органов, выпадении важных физиологических функций, в собственной смерти, гибели окружающих, руинировании природных и социальных структур, в воцарении первородного хаоса во всем мире.

Бред греховности — убеждение больных в том, что они

нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, не устояли перед соблазнами Сатаны, отступили от данных ранее обетов.

Бред обнищания — лишенная объективного основания уверенность в отсутствии материальных средств.

Бред физического уродства (дисморфомания) — убеждение в наличии телесного уродства, бросающегося в глаза окружающим.

Бред одержимости («внутренняя зоопатия») — убеждение в присутствии в собственном теле посторонних живых существ.

Дерматозойный бред («наружная зоопатия, бред кожных паразитов») — убеждение в присутствии на поверхности тела, под кожей или внутри ее живых существ. Наружная и внутренняя зоопатия рассматриваются чаще всего как самостоятельные, не относящиеся к ипохондрическому бреду разновидности бредовых идей.

Бред метаморфозы — уверенность в превращении своего организма в тело животного, птицы, другого человека, в неодушевленный предмет. Обычно сочетается с бредом физического воздействия.

Помимо этого в каждой из вышеупомянутых групп могут наблюдаться бредовые идеи следующего содержания:

Бред отношения — уверенность в том, что происходящее связано каким-то образом с больным и адресовано непосредственно ему. Больной ощущает, что постоянно находится в центре внимания окружающих: «Такое чувство, будто идешь по улице голый. Прохожие улыбаются, а я думаю, что они смеются надо мной; говорят между собой, а мне кажется, речь идет обо мне. По радио, телевизору, в газетах постоянно нахожу намеки в мой адрес. Читаю книгу и чувствую, что всюду рассыпаны иглы, больно колющие меня». Переживание больными того, что они находятся «в центре мира» — «анастрофия» («поворот назад»), объясняется, по К. Conrad (1979), утратой способности к самонаблюдению — параличом рефлексии.

Встречается иное понимание содержания бреда отношения — это состояние, в котором любые события и поступки окружающих приобретают для больного особое значение (Завилянский с соавт., 1989). Более адекватной, на наш взгляд, является оценка идей отношения в плане эгоцентризма: во всем, что окружает его, пациент усматривает напоминание о себе потому, что его внимание центрировано главным образом на себе самом. Многим знакомы чувства, когда появляешься

на людях в новой одежде. Кажется, будто все ее замечают. На самом же деле речь идет о проекции повышенного внимания к себе на ничего не подозревающих прохожих.

Сенситивный бред отношения — больные считают, что окружающие догадываются об их действительных или мнимых пороках, обращают на них внимание и выражают по этому поводу то или иное, большей частью отрицательное отношение (Кречмер, 1918). Проекция установки внимания на себе (в случае сенситивных идей отношения это острое чувство неполноценности) во внешний мир, на окружающих вообще являются, как можно предположить, психологической основой переживания открытости. Вначале это внешняя открытость, касающаяся физического «Я», а затем она может стать внутренней, относящейся к психическому «Я» (последнее наблюдается в структуре синдрома психического автоматизма).

Бред особого значения — особый, символический характер восприятия происходящего, при котором утрачивается либо отодвигается на второй план действительный смысл конкретных явлений; последние рассматриваются больными, как некая аллергия иных, скрытых ранее значений. Например, больная считает, что под бревнами и цветами «зашифрованы» взрослые люди и дети. Встречая машины с лесом и прохожих с цветами, она думает, что ведется «массовое истребление людей»; истинное значение происходящего рассматривается ею как «видимость» события, внешняя его сторона. Под бредом особого значения нередко понимают необычные интерпретации паранойяльных пациентов, то есть паралогические умозаключения. Между тем это разные явления. Бред особого значения характеризует острые психотические состояния, предваряющие онейроидное помрачение сознания, в то время как паралогические интерпретации типичны для систематизированного бреда толкования.

Бред двойников (Capgras, Reboul-Lachaux, 1923), включающий симптом положительного и отрицательного двойника (Vie, 1930) и симптом Фреголи, описанный P. Courbon, G. Fail (1927). При симптоме положительного двойника больные считают, что незнакомые лица с известной, чаще всего враждебной целью принимают облик родственников или знакомых людей. При симптоме отрицательного двойника, напротив, родные и знакомые воспринимаются чужими, но «подделывающимися под родных». При симптоме Фреголи больные утверждают, что одно и то же конкретное лицо способно полностью или частично изменить свою внешность с тем, чтобы не быть узнанным. Иллюстрацией симптома Фреголи может служить следующий пример: Фауст у Гете

видел Мефистофеля то в дьявольском, то в мужском и женском облике, он мог узнать его в собаке и даже в клубках пыли. С бредом двойников не следует смешивать бред чужих родителей, встречающийся чаще в детском, подростковом возрасте. Бреду чужих родителей способствует нарастающая отгороженность детей, переживание ими враждебности близких. Развитию бреда чужих родителей может предшествовать деперсонализация в виде потери родственных чувств — близкие люди воспринимаются как посторонние, «чужие» без ощущения их интимности к собственной личности.

Бред интерметаморфозы (метаболический бред, бред постоянного изменения), описанный P. Courbois, G. Tusques (1932)—больные считают, что окружающее постоянно преобразуется, люди перевоплощаются, полностью меняя внешность, свои внутренние, моральные качества, трансформируются предметы обстановки. Чувство превращения может связываться больными с тем, что на них оказывается воздействие извне, их «заставляют» узнавать в одном человеке несколько лиц, «прорисовывают» в реальном облике «образы других людей».

Бред инсценировки — окружающее воспринимается как нечто искусственное, специально подстроенное, поддельное, происходящее по заранее составленному сценарию, как в театре или при съемке кинофильма, запрограммированное, спланированное, с определенной целью.

Антагонистический или манихейский бред (манихейство — религиозное учение, основанное в III в. Мани; в основе его лежат представления о борьбе добра и зла, света и тьмы как изначальных и равноправных принципов бытия) — происходящее рассматривается больными как выражение борьбы враждебных и доброжелательных им сил. В центре этой борьбы, имеющей обычно глобальное значение, находится личность больного.

Клинические формы бреда. Другой подход к систематике бредовых идей связан с изучением психопатологических особенностей бреда, его клинической структуры.

Различают первичный (примарный) или истинный бред и имеющие лишь внешнее сходство с ним бредоподобные явления (Jaspers, 1923; Gruhle, 1951; Schneider, 1962; Huber, Gross, 1977). Истинный бред описан в минувшем столетии рядом авторов под различными названиями: интеллектуальная мономания Эскироля, примордиальный делирий Гризингера, первичный бред Снелля. Первичный бред определяется как психологически невыводимый, не поддающийся

«вчувствованию» феномен, связанный с первичным церебро-органическим поражением мыслительной деятельности. Сходные нарушения, не соответствующие данному определению, не относятся к категории бредовых, а рассматриваются отдельно в качестве бредоподобных расстройств. С указанных позиций из бреда исключаются сенситивный бред отношения, бред толкования, так называемые вторичные формы бреда, параноидные реакции с трактовкой определенных событий в плане их особого отношения к собственной личности, характерогенный бред, параноидные психореактивные расстройства (Huber, Gross, 1977).

В рамках первичного бреда выделяется несколько его видов. Различают, по K. Schneider (1962), «бредовые мысли» — внезапно возникшие бредовые идеи, и «бредовое восприятие», при котором «первично» нормальному восприятию «вторично» придается бредовое значение. K. Jaspers (1923) выделяет следующие формы примарного бреда: бредовое восприятие, бредовое представление и бредовое сознание или значение. Бредовое сознание — внезапное, интуитивное постижение тайного, скрытого ранее смысла каких-либо реальных событий или появление по типу озарения знания о событии без того, чтобы иметь о нем какие-нибудь сведения или хотя бы следы его чувственной наглядности. Например, больной вдруг «узнает», что умерла его мать; он не видел ее, никто не сообщал об этом событии, но тем не менее он убежден, что данное событие свершилось. Бредовое представление или воспоминание возникает как внезапное наитие, вторжение, мысль, как новая окраска и новое значение жизненных воспоминаний. Так, вспомнив о встрече с известным ему человеком, больной вдруг «постигает» тайный смысл разговора с ним: его пытались завербовать в шпионы, «проверяли на прочность». При бредовом восприятии радикально меняется смысл воспринимаемого в данный момент; новое значение является не результатом суждения, а переживается с характером непосредственной очевидности. Ясперс приводит такой пример бредового восприятия. При виде двух прохожих у больного возникает следующая бредовая мысль: «Два человека в непромокаемых плащах — это Шиллер и Гете».

В развитии бредового восприятия K. Conrad (1979) различает три этапа. На первом объекты воспринимаются как странные, загадочные, имеющие особое значение, однако больной еще не знает, какое именно. На втором этапе они воспринимаются как имеющие непосредственное отношение к личности больного: «это не случайно, а связано со мной; меня не выпускают из виду, наблюдают» — бред отношения. На третьем этапе бредового восприятия переживается «особое

отношение» происходящего к больному, объекты приобретают конкретное бредовое значение, предстают измененными в своей сущности: «хотят убить». В структуре бредовых восприятий зрительные объекты (особенно люди) явно преобладают над восприятиями иной модальности.

По мнению И. С. Сумбаева (1948, 1958), при патологии интуитивного мышления, выражением которой является бред, могут возникать качественные нарушения концептуальных антиципации в виде бредовых предвосхищений. Появляющиеся бредовые идеи относятся не к настоящему или прошлому, а направлены в будущее. Например, больной убежден, что в недалеком будущем он совершит гениальное научное открытие; в настоящее время он просто занят другими делами. В другом наблюдении больной предвидит, что в течение ряда последующих лет над ним будут проводить эксперименты с использованием «гипноза»; до настоящего времени он всего однажды подвергался его действию, о чем узнал лишь теперь, спустя несколько лет. В. М. Блейхер описал «ретроспективный бред предвосхищения». Это воспоминания о предсказаниях последующей жизни, якобы в точности подтвердившихся даже в отношении мелких подробностей. Нами также наблюдались пациенты, утверждавшие, будто им давно было известно о том, что их ожидает в будущем, включая подробности настоящего пребывания в больнице.

В отечественной психиатрической литературе утвердилось деление бреда на четыре вида: первичный, чувственный, аффективный и психогенно обусловленный бред (Снежневский, 1970).

Первичный (интерпретативный, паранойяльный, комбинаторный, систематизированный бред, бред толкования) характеризуется нарушением преимущественно рационального, логического познания при сохранности чувственного познания. Иногда является единственным достоверным признаком, моносимптомом психического заболевания, прогрессирующего медленными темпами. Отправной точкой бреда являются факты и события внешнего мира (взгляды, улыбки, жесты окружающих) — «экзогенные интерпретации» или внутренние ощущения — «эндогенные интерпретации». В развитии первичного бреда различаются три периода; инкубации, манифеста и систематизации, терминальный.

В инкубационном периоде наблюдаются предвестники бреда в виде медленно нарастающих аффективных изменений: недоверчивости, подозрительности, предубежденности, высокомерия, надменности, переоценки собственной

личности. Манифест бреда наступает по типу внезапного озарения, прозрения, интуитивного постижения тайного смысла различных событий прошлого, настоящего и будущего. При этом могут иметь место ложные воспоминания типа бредовых конфабуляций. В ходе последующей «бредовой работы» расширяется круг объектов бредовой интерпретации, разрабатывается тщательно продуманная и аргументированная бредовая система, существующая на протяжении многих лет. В терминальной стадии происходит распад бреда, что может быть связано с затуханием болезненного процесса (появляется критическое отношение к бреду, понимание его болезненности) либо с присоединением признаков слабоумия. Бред при раздвоении личности может инкапсулироваться, то есть терять прежнюю актуальность и сосуществовать с адекватным отношением к действительности, не оказывая влияния на поведение.

Первичный бред при малопрогрессирующем развитии болезненного процесса или на начальных его этапах характеризуется рядом особенностей, свойственных сверхценному бреду. На возможность перерастания сверхценных идей в бред впервые указал С. Wernicke (1892). Сверхценные идеи трансформируются при этом в сверхценные представления бредового содержания, которые в свою очередь переходят в сверхценный бред (Birnbauм, 1915). Клинические признаки сверхценного бреда таковы: доминирование бредовых идей в психической жизни больных, высокий уровень аффективной напряженности, конкретное, обыденное содержание, которое поначалу не выходит за рамки обычных, правда, эмоционально насыщенных жизненных ситуаций. Определяющим признаком является бредовое поведение больных. При бреде, в отличие от сверхценных идей, пациенты не сомневаются в своей правоте, поколебать их убежденность невозможно. Сверхценному бреду, как и бреду вообще, свойственны нарушения логического процесса, выражающиеся ложными суждениями. Например, факт, указывающий лишь на возможность супружеской измены, больной со сверхценным бредом ревности рассматривает как неоспоримое доказательство своей правоты. Или событие прошлого, утратившее актуальность, привлекается больным в качестве доказательства правильности возникшей позднее бредовой идеи. Факты и соображения, противоречащие бреду, полностью игнорируются или оцениваются по-бредовому. Идет медленное, но неуклонное расширение бредовой системы. По мере развития сверхценного бреда его содержание может утрачивать связь с реальностью и приобретать все более неправдоподобный характер.

Содержание первичного бреда может быть различным: изобретение, реформаторство, ревность, преследование,

высокое происхождение, физические недостатки, болезни, любовное, сутяжное. Из монотематичного, оно в последующем может усложняться, и тут есть своя, особая логика, диктуемая бредом. Усложнение бредового синдрома может происходить за счет присоединения аффективных расстройств, галлюцинаций, явлений психического автоматизма, бреда воздействия, идей величия.

Чувственный бред или бред восприятия, а также образный бред имеют ряд общих особенностей. Обычно это острые формы бреда, фабула которых динамична, лишена стройности, завершенности. Здесь нет четко структурированной системы доказательств, активной работы над содержанием бреда. Скорее преобладает интеллектуальная пассивность, свойственная грезам. Вместе с тем между этими видами бреда есть и отличие.

Чувственный бред проецируется в непосредственное окружение пациента и связывается с настоящим, с тем, что он воспринимает в данный момент. Собственно восприятие не нарушается, страдает лишь понимание происходящего. Пациент при этом не размышляет, «не думает», он прямо, без околичностей постигает мнимый смысл событий, «чувствует» его, иногда угадывает заранее.

Образный бред не связан с объектами, непосредственно окружающими пациента. Последние могут оцениваться в их обычном значении. Бред касается не только настоящего, но также прошлого, будущего, так что содержание его может быть более широким. Образный бред выглядит как вспыхивающие в сознании воспоминания, яркие представления ложного, но абсолютно достоверного и бесспорного для пациента содержания. Можно предполагать, что чувственный бред связан с нарушением наглядно-образного, а образный бред — образного мышления.

Формированию образного бреда, а также бреда восприятия в ряде случаев предшествует «бредовое настроение» (Jaspers, 1923) или «подготовительное поле» (Schneider, 1962)— состояние неопределенной тревоги, неясных опасений, внутреннее напряжение. Это может быть также маниакальное состояние, переживаемое как прилив сил, просветление, чувство внутреннего перерождения (Кербиков, 1949; Conrad, 1977). На высоте указанного состояния внезапно появляются бредовые идеи различного содержания — «кристаллизация бреда» (Балинский, 1859).

Содержание образного (и чувственного) бреда часто бывает обыденным, но иногда оно с самого начала может приобретать фантастический характер. Наблюдаются следующие виды

фантастического образного бреда: антагонистический бред, бредовые идеи могущества, величия, богатства, бессмертия, мессианства, инсценировки, интерметаморфозы, особого значения, метаморфозы, одержимости, бред двойников.

Примерами часто встречающегося образного бреда могут служить феномены постороннего присутствия, а также мнимого взгляда. В первом случае пациент ясно чувствует присутствие возле себя человека, другого существа, «нечистой силы». Так, он узнает, что «посторонний в комнате» стоит, передвигается, смотрит на него, удаляется, а когда приближается вплотную, то возникает ощущение «жара». Или вдруг у пациента возникает ощущение, будто кто-то пристально смотрит на него. Иногда за этим стоит отчуждение и проекция собственного внимания к себе: «Это я смотрю, или глубокий «Я», о котором я ничего не знаю».

Вторичным называется бред, с самого начала сочетающийся с другими психическими нарушениями и как бы вырастающий из них. Однако это не означает, что бред не является настоящим, истинным; он лишь возникает одновременно с прочими расстройствами, тематически созвучен им, а порою растворяется в некоторых из них, например, в галлюцинациях.

Различают отдельные клинические варианты вторичного бреда в зависимости от того, с какими психопатологическими явлениями он сочетается. Выделяют галлюцинаторный бред, возникающий вместе с галлюцинациями; катестезический бред, связанный с нарушениями интерорецепции, в частности, с сенестопатиями (Гиляровский, 1949); конфабуляторный бред (Neisser, 1888), формирующийся на основе конфабуляций; бред воображения (Dupre, 1925), обусловленный патологией воображения.

Аффективным (голотимным) называется разновидность образного бреда, возникающего на фоне депрессии (депрессивные бредовые идеи) или маниакального состояния (бредовые идеи величия). По мнению K. Schneider (1962), при маниакальных и депрессивных состояниях могут возникать первичные бредовые идеи.

Психогенно обусловленный бред развивается в связи с психотравмирующей ситуацией, повышенной внушаемостью и рядом других дополнительных факторов — переутомлением, длительным лишением сна, соматическим неблагополучием, употреблением алкоголя. Психогенно обусловленным может быть, в частности, бред преследования и отношения, бред невинности и помилования, бред тугоухих, а также бред, развивающийся в иноязычной обстановке. В генезе острого параноида или параноида внешней обстановки (Жислин, 1965)

определенное значение имеет непривычная внешняя обстановка и лишения, связанные с длительными переездами.

Наблюдаются, кроме того, «совместные психозы» или «психозы вдвоем», впервые описанные С. Berlin в 1819 г. Их обозначают и другими терминами: «индуцированное помешательство» (Lehmann, 1883), «симбионтические психозы» (Scharfetter, 1970), «разделенные параноидные расстройства». Различаются несколько клинических вариантов «психоза вдвоем»:

Folie imposse — «навязанный» или «внушенный психоз», собственно «психоз вдвоем». Возникает по механизму переноса или индукции болезненных идей от больного на здоровых лиц (как правило, легко внушаемых или слабоумных). После разделения коделирантов — индуктора и реципиента — последний быстро выздоравливает;

Folie communique — «сообщенный психоз», описанный E. Marandon de Montyel в 1881 г. Бредовые идеи индуктора вначале активно отвергаются реципиентом, однако затем последний начинает активно развивать их далее, психическое расстройство сохраняется после разделения партнеров по психозу;

Folie simultanee — «одновременный психоз», описанный E. Regis в 1889 г. Обозначается также как «конформный психоз» (Баеуг, 1932). Параноидные психозы, сходные или идентичные, развиваются у больных в одно и то же время и независимо один от другого;

Folie induite или *transformee* — «индуцированный» или «трансформированный психоз» — один бредовый больной дополняет существующий психоз другого и обратно. Количество коделирантов может быть при этом два, три и более.

Резидуальный бред — чаще образный, остающийся на некоторое время в неизменном виде в качестве моносимптома после исчезновения всех других проявлений психоза, в частности, помрачения сознания, и восстановления к ним критического отношения.

Патофизиологической основой механизмов бреда, согласно исследованиям И. П. Павлова и его школы, является образование инертного патологического очага возбуждения преимущественно во второй сигнальной системе (словесный бред) или в первой сигнальной системе (образный бред). Определенное значение имеют фазовые состояния и нарушения во взаимоотношении сигнальных систем. Имеются

указания на связь возникновения бреда с патологией интерорецепции. К. М. Быков считал, что дезорганизованная информация из внутренней среды нарушает соотношение процессов возбуждения и торможения в экстероцептивных полях коры больших полушарий. По данным Л. А. Орбели, В. А. Гиляровского, патология функционирования интероцептивных систем имеет определенное значение в развитии ипохондрического бреда и бреда физического воздействия.

Возникновение бреда связано с так называемыми препсихотическими особенностями личности. Такие характерологические черты, как обидчивость, настороженность, замкнутость, ригидность, недоброжелательность нередко могут быть выявлены в преморбиде больных с персекуторным содержанием бредовых идей. Экспансивные формы бреда чаще наблюдаются у лиц активных, настойчивых, прямолинейных, склонных к переоценке своей личности. Сенситивный бред отношения чаще всего формируется у преморбидно ранимых, неуверенных, склонных к пониженной самооценке лиц. В возникновении психогенно обусловленных форм бреда помимо характерологических факторов, определенное значение имеют психотравмирующие обстоятельства, конфликты, ситуации психической изоляции, пребывание в чуждой среде, тюремное заключение.

ГЛАВА 6. НАВЯЗЧИВЫЕ ЯВЛЕНИЯ

Психопатология.

Часть I

В.А. Жмуров

Навязчивые состояния (Балинский, 1858), obsessions или ананкастические явления — мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, движения, возникающие независимо и вопреки желанию, притом непреодолимо, и отличающиеся постоянством (Озерецковский, 1950). Больные относятся к ним критически, понимают их болезненный характер и бессмысленность, но освободиться от них не могут. Впервые были описаны Платтером в 1617 г. О навязчивостях, по мнению К. Schneider (1973), следует говорить в тех случаях, если «нечто» не может быть вытеснено из сознания, хотя оно представляется бессмысленным или не имеющим основания к тому, чтобы владеть сознанием. Приведем еще определение В. П. Осипова (1931): «Под навязчивыми явлениями подразумеваются такие представления и идеи, страхи или фобии и влечения, которые возникают в сознании страдающего ими человека независимо и против его желания, неожиданно и часто внезапно, припадочным образом, не находясь в видимой связи с содержанием его

мышления, и от которых он часто не в состоянии освободиться, несмотря на все усилия: возникая в теснейшей связи с эмоциональной сферой больного, они не вступают в ассоциативную связь с другими элементами мышления, препятствуют правильному течению мышления и тормозят его; навязчивость явления, его болезненный характер обыкновенно сознается больным, обнаруживающим критическое отношение к явлению, и определяется как чуждый, несвойственный его мышлению».

Большинством авторов подчеркиваются следующие особенности навязчивых явлений:

- произвольность, непреодолимость возникновения;
- чуждость сознанию (Балинский, 1859);
- «субъективное осознание» (Rumke, 1952), то есть понимание их болезненности и наличие критического к ним отношения, по крайней мере, при неврозах и психопатиях;
- наличие постоянного ощущения тревожной напряженности и внутреннего беспокойства (Сканави, 1934);
- наличие «персеверационного принуждения» (Kepinski, 1973).

Навязчивые явления разделяются, по К. Jaspers (1923), на отвлеченные (безразличные по своему содержанию) и образные, чувственные (с аффективным, нередко крайне тягостным содержанием).

6.1. Отвлеченные навязчивости

К ним относятся бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

Бесплодное мудрствование (Griesinger, 1886) или душевная, умственная жвачка (Janet, 1903). Проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы. Например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая — левой, какой была бы Вселенная, если она имела бы границы и — т. п. Как сообщает пациент: «Я все время вместо одного вопроса подставляю другой, на который также невозможно ответить».

Навязчивый счет (аритмомания). Выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, встречных прохожих,

столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции, раскладывать на отдельные слоги слова и фразы и считать их.

Навязчивые репродукции. Назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни.

6.2. Образные навязчивости

К образным навязчивостям относятся фобии (страхи), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения и действия (компульсии).

Особенно часто встречаются разнообразные навязчивые страхи. К наиболее распространенным из них относятся следующие.

Агорафобия. Страх открытого пространства, нередко лишаящий больных самостоятельно переходить улицы, площади. Внимание пациентов сосредоточено на себе так, что происходящего вокруг они часто не замечают. Такие больные без опасения выходят из дома только в сопровождении других лиц и, между прочим, даже детей, которые нередко сами нуждаются в помощи. Иными словами, перераспределение внимания устраняет страх. Борьба с ним, напротив, его еще более усиливает. Человек не может не думать о том, что пытается запретить себе. Существует игра, в которой запрещается думать о чем-либо, например, о хромой обезьяне. И —обычное дело —именно о ней и появляются мысли. В. Франкл предложил для устранения навязчивых явлений метод парадоксальной интенции — нужно не подавлять фобию, а заставлять себя сделать то, чего боишься. Важно при этом, чтобы парадоксальное намерение формулировалось по возможности в юмористической форме.

Оксифобия или айхмофобия. Страх острых предметов. При виде ножа, например, из-за боязни нанести им хранение себе или кому-то из присутствующих.

Гипсофобия (акрофобия). Страх высоты, связанный с тем, что неожиданно может появиться желание прыгнуть с балкона, обрыва, лестницы: «Вдруг сойду с ума и мне захочется прыгнуть».

Антропофобия. Страх толпы, идущий от боязни упасть и быть ею раздавленным.

Дисморфофобия. Страх физического уродства в сопровождении депрессии и боязни обнаружить телесный недостаток перед окружающими.

Клаустрофобия. Страх закрытых помещений («вдруг случится что-то со мной и никого не дозовешься на помощь»).

Нозофобия. Страх заболеть тяжелой болезнью: сифилофобия — сифилисом, канцерофобия — раком, лиссофобия — бешенством, кардиофобия — страх сердечного приступа и т. д.

Танатофобия — страх смерти, **сидеродромофобия** — езды в поезде, **монофобия** — одиночества, **лалофобия** — страх говорить у больных логоневрозом, **зоофобия** — боязнь животных, главным образом мелких.

Встречается страх повторения навязчивых страхов — **фобофобия**. Страх может быть диффузным и касаться всего окружающего — **пантофобия**.

Навязчивые сомнения, или болезнь сомнений (Фальре, 1980). Неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, вынуждающая пациентов многократно проверять сделанное, что обычно не устраняет болезненных сомнений. Так, пациента в течение двух лет преследуют «сомнения, делал ли я это». Например, он помыл пол, и потом сомневается, мыл ли он его на самом деле. Он видит, что пол помыт, помнит, как он это делал, и все-таки ищет доказательств того, что это делал он сам. Иногда спрашивает об этом близких. Спустя полчаса переключается на сомнения по другому поводу: говорил ли что-то, поел, одевался ли и т. д. Пациент сравнивает свои переживания с состоянием раздвоенности личности: одно «Я» что-то делает, а второе «Я» не чувствует себя причастным к сделанному и тщетно пытается найти признаки своего участия в деятельности.

Навязчивые опасения. Неотвязные страхи, сомнения в удачном исходе предстоящих привычных действий, например, публичного выступления, управления машиной, самолетом, сдачи экзамена; страхи совершенно необоснованные, поскольку ранее такие действия выполнялись без труда. Понятно, что навязчивые сомнения легко могут распространяться и на новые, недостаточно хорошо освоенные занятия. Навязчивости могут касаться самых простых автоматизированных действий — глотания, ходьбы, половых актов, произношения слов. Появление навязчивых опасений нарушает успешное выполнение

соответствующих действий вследствие того, что фиксация внимания на них приводит к дезавтоматизации деятельности и это, в свою очередь, способствует усилению навязчивостей. Деревфлексия, то есть устранение сосредоточенности внимания на себе является необходимым условием нормального протекания автоматизмов.

Навязчивые или овладевающие представления. Не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, принимающиеся на высоте болезненного состояния за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п. Эта особенность навязчивых представлений сближает их со сверхценными и бредовыми идеями (Снежневский, 1970). В них явно видна тенденция к переходу в образный бред.

Навязчивые воспоминания. Непроизвольное появление в сознании образных детальных воспоминаний о каком-либо неприятном или порочащем больного событии часто реального прошлого. Они, как и овладевающие представления, временами с трудом разграничиваются с реальностью, приближаясь порою к бредовым конфабуляциям. Оттенок насильственности воспоминаний свидетельствует о возможности их перехода в образный ментизм.

Контрастные представления. Хульные мысли, навязчивое чувство антипатии — произвольное появление мыслей, представлений и чувств, содержание которых противоречит взглядам, верованиям, мировоззрению и этическим установкам. Объектом контрастных навязчивостей наиболее часто становятся дорогие и почитаемые люди, символы веры, реликвии, глубокие привязанности.

Навязчивые влечения. Стремление совершить непристойный, бессмысленный либо опасный поступок, например, броситься в одежде в воду, прыгнуть с высоты, лечь под машину, громко выругаться. Детальный расспрос позволяет установить, что больные испытывают скорее опасения перед возможностью таких поступков, чем собственно стремление их совершить. Иногда, однако, навязчивые явления становятся императивными до такой степени, что пациенты с трудом удерживаются от их осуществления или бывают вынуждены совершить заместительные действия (выкрикивать не бранные, а другие, похожие слова; направлять агрессивные импульсы

на другой объект и др.). Другими словами, навязчивые влечения могут трансформироваться в импульсивные, кататонические побуждения. Это особенно важно учитывать в отношении суицидных и гомоцидных тенденций.

Навязчивые действия. Могут быть разными по генезу. Тики — первоначально преднамеренные, в каком-то смысле нужные, но ставшие затем привычными и до известной степени неодолимыми действиями: подергивания плечами, дотрагивания до носа, пощипывание мочек ушей, расчесывание и т. п. Это могут быть покашливание, хмыканье, шумное втягивание воздуха, похрюкивание — респираторные тики. Встречаются чавканье, чмокание, цокание и т. п. — оперкулярные тики. Весьма часто наблюдаются слова-паразиты, «эkanie» и прочий речевой мусор — вербальные тики. Это также навязчивое сосание большого пальца; онихофагия — стремление грызть ногти, трихотилломания — выдергивать волосы. Такого рода действия следует рассматривать как навязчивые лишь в том случае, если они переживаются пациентом как чуждые, вредные, болезненные. Навязчивые действия могут быть связаны также со страхами, опасениями, сомнениями. Так, при страхе заражения бесчисленное множество раз моются руки, при навязчивых сомнениях многократной проверке подвергается сделанное. В данном случае речь идет о навязчивых действиях по типу простой защиты. Другой разновидностью защитных действий от навязчивых страхов являются ритуалы — словесные формулы (заклинания), мысли (идеаторные ритуалы) и действия, совершаемые с целью предотвращения мнимого несчастья, устранения неясных страхов, тревоги, сомнений. В отдельных случаях навязчивые ритуалы становятся весьма сложными, изнурительно долгими и тогда рассматриваются как навязчивые церемонии.

Навязчивые состояния встречаются при неврозах (невроз навязчивых состояний, обсессивно-фобический невроз, невроз ожидания), психопатиях (главным образом при психастении), неврозоподобной форме шизофрении, в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, при маскированной депрессии, инволюционной меланхолии, эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга (черепно-мозговая травма, энцефалиты), диэнцефальных и гормональных нарушениях. Клинические особенности навязчивостей зависят от характера проявляющегося ими заболевания.

Многие авторы отмечают психологическую понятность появления навязчивых страхов и ритуалов, а также отсутствие оценки навязчивостей как совершенно чуждых

личности явлений при психастении (Фрумкин, 1950); Озерецковский, 1950; Rumke, 1952; Лакосина, Целибеев, 1961).

При психастении выявлена высокая частота навязчивых сомнений, бесплодного мудрствования, страхов за здоровье, а также их стойкость и отсутствие склонности к редуцированию (Ганнушкин, 1964; Асатиани, 1965; Leonhard, 1968; Muller, 1953).

Характерными особенностями навязчивостей при шизофрении являются внезапное, психологически непонятное их возникновение, быстро нарастающая нелепость, вычурность и символичность; однообразие, монотонность, инертность, стереотипизация; раннее появление странных, непонятных страхов, большая частота навязчивого мудрствования, постепенная утрата эмоциональной насыщенности, отсутствие критического отношения и борьбы с навязчивостями (Озерецковский, 1950; Морозов, Наджаров, 1956; Асатиани, 1965; Вроно, 1971; Tashev, 1970; Сухарева, 1974; Гиндикин, 1973). Такого рода навязчивости иногда обозначают криптогенными, то есть не находящимися в психологически понятной связи с внешними обстоятельствами.

Навязчивые состояния при эпилепсии (чаще всего это гомоцидные влечения) отличаются элементарностью и обычно протекают пароксизмально в рамках негрубо нарушенного сознания (Озерецковский, 1981). Навязчивые состояния, возникающие в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, развиваются на основе смешанного состояния с непрямым компонентом тревоги и при отсутствии явлений идеаторного торможения. Наиболее характерны навязчивые сомнения. Психопатологические особенности навязчивостей, описанных рядом исследователей при органических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговой травме, энцефалитах, сосудистых заболеваниях, диэнцефальных и гормональных нарушениях, ревматизме (Petrilowitsch, Baer, 1967; Lenz, 1965; Сухарева, 1974), изучены недостаточно.

Многие исследователи указывают, что по мере прогрессирования болезни навязчивости трансформируются в другие нарушения психической деятельности; двигательные автоматизмы, дереализацию, деперсонализацию, амбивалентность, слуховые галлюцинации, бред, ментизм. Это свидетельствует, очевидно, о том, что перечисленные нарушения клинически выражаются навязчивостями на ранних этапах своего развития и объясняет, вероятно, причины неоднородности

психопатологической структуры навязчивых явлений.

Навязчивые явления наблюдаются в разных возрастных группах больных. Клиническая структура навязчивостей сравнительно слабо изучена у пациентов во второй половине жизни. Об этом мало данных, но это не означает, что навязчивости у пожилых больных не наблюдаются. Появление навязчивостей у детей можно отметить, начиная с двух, трех лет. Примерно до шести, семи лет дети не могут рассказать о них так, чтобы факт навязчивостей у наблюдателя не вызывал сомнений. Дети не в состоянии передать переживание невольного появления навязчивостей, чуждости их сознанию, нет у них и позиции противостояния по отношению к ним. Динамика навязчивостей в детском возрасте в целом отражает последовательность созревания механизмов нервно-психического реагирования. Так, дошкольному возрасту свойственны преимущественно двигательные навязчивости — тики (психомоторный уровень реагирования). Позже (6—10—11 лет) присоединяются эмоциональные навязчивости, навязчивые побуждения (аффективный уровень реагирования). У подростков и в юности наблюдаются также идеаторные навязчивости (идеаторный уровень реагирования). Анализ навязчивостей и их динамики в данном контексте может стать источником ценной клинической информации о взрослых пациентах.

Патофизиологические механизмы навязчивых состояний изучены И. П. Павловым (1933). По И. П. Павлову, большей части навязчивых состояний соответствует появление в коре головного мозга изолированного функционально «больного пункта» с наличием патологически инертного, застойного возбуждения. Происхождение фобий объясняется действием механизма патологической лабильности торможения. Фазовыми состояниями, в частности, механизмом ультрапарадоксальной фазы обусловлено развитие хульных мыслей и контрастных влечений. В психоанализе навязчивости рассматривают как символ задержанных сексуальных побуждений детского возраста.

ГЛАВА 7. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

**Психопатология.
Часть I**
В.А. Жмуров

7.1. Психология эмоциональной сферы

В пехлевийских текстах есть поучение: «В страдании тот, у кого нет разума. Несчастен тот, у кого нет жены. Нет имени у того, у кого нет сына. Ничего не стоит тот, у кого нет имущества. Слаб тот, у кого никого нет. Из них всех

несчастнее тот, у кого нет души». Внутренний мир человека немного бы стоил без души, эмоций, без переживания происходящего.

Эмоции (от *emovere* — возбуждаю, волную, побуждаю) — особый тип реакции животных и человека на внешние и внутренние стимулы. Это реакции, в которых выражается отношение индивидуума к различным явлениям жизни. Эмоции — источник информации о том, насколько важны для нас те или иные события, адекватны или нет обстоятельства жизни нашим потребностям. Попытки игнорировать, подавлять эмоции, а тем более искусственно манипулировать ими, например, средствами химии, оборачиваются поэтому невосполнимыми потерями для личности.

Существует множество различных эмоций. Наш язык, пригодный для описания внешних впечатлений, слишком несовершенен для того, чтобы выразить чувства. В одни и те же слова вкладывается различный смысл. И гуманист и каннибал одинаково горячо любят людей, но делают это они каждый по-своему. И все же без описания эмоций, какой-то их классификации не обойтись.

Принято разграничивать эмоции по знаку, модальности, по степени и характеру активации физиологических процессов, по интенсивности и продолжительности, по уровню развития.

По знаку различают положительные и отрицательные эмоции. Первые желанны для субъекта, он к ним стремится, а вторые — неприятны, он их избегает. Это деление сразу указывает на мотивационную роль эмоций.

Положительные эмоции возникают в ситуациях, сулящих успех, достижение цели, удовлетворение потребности. Ясно, что не всегда сама ситуация порождает такую эмоцию. Положительной эмоциональной реакцией будет и в том случае, если мы знаем, как действовать, каким путем в данной ситуации достичь желаемого. Положительные эмоции, таким образом, являются сигналом собственной поведенческой компетентности. Если же успех достигается за счет удачной находки, нового подхода, то положительная эмоция способствует их закреплению и поощрению. Даже если успех этот мнимый, а способ действий деструктивный.

Отрицательные эмоции возникают в ситуации фрустрации, то есть при появлении препятствий на пути к цели. В повседневной жизни эти препятствия часто бывают мнимыми и преувеличенными. Еще Эпиктет заметил, что

людей чаще страшат не дела, а мнения об этих делах. Отрицательные эмоции связаны также с некомпетентностью, потерями, боязнью ответственности, а также эгоцентризмом, порождающим несбыточные ожидания, будто мир создан специально для наших желаний и прихотей.

Отрицательные эмоции позволяют увидеть проблемы и направления личностного роста. Эти эмоции блокируют неэффективные стратегии поведения. Они стимулируют наше развитие, только если принимать их, а не стремиться их подавлять. Негативные эмоции, кроме того, активируют механизмы психологической защиты, благодаря которым мы не замечаем многого, что могло бы вконец отравить нашу жизнь.

Существуют различные модальности эмоций: тоска, тревога, страх, обида, вина, разочарование, скука, радость, удовольствие, гнев и другие. Тоска — переживание потери, траурное чувство. Обычно сопровождается ощущением тяжести и душевной боли. Тревога — беспредметное чувство близкого несчастья, предощущение беды. Сочетается с ощущением напряжения, беспокойством. Страх — переживание опасности для жизни, здоровья, благополучия. Страх обычно связан с конкретными ситуациями, объектами, людьми. Обида — чувство недовольства со стремлением обвинить другого, переложить на него ответственность за неудачу. Вина — переживание личной ответственности с упреками и осуждением самого себя. Это чувство противоположно обиде. Разочарование — чувство, сопровождающее утрату ценностных представлений, потерю веры в то, что ранее составляло смысл существования. Скука — переживание пустоты жизни, отсутствия стремлений и интересов. Радость — предчувствие или переживание успеха. Удовольствие — чувство приятного от сделанного или удовлетворения физиологической потребности. Гнев — бурное проявление недовольства, не обязательно сочетающееся с враждебным отношением и агрессией. Этот перечень модальностей отнюдь не исчерпывает чувства человека и может быть продолжен.

Эмоции имеют непосредственное отношение к активации организма. Некоторые из них повышают уровень активации, например, гнев. Это стенические эмоции. Другие, напротив, снижают уровень активации, демобилизуют. Например, тоска. Такие эмоции называют астеническими.

Различают также эмоции покоя и эмоции ожидания.

Первые сопровождаются ощущением расслабления и

возникают, если цель достигнута или стало ясно, что она недостижима. Это, к примеру, умиротворенность, разочарование. Эмоции ожидания сочетаются с чувством напряжения, которое возрастает по мере приближения к цели или возникает в амбивалентной ситуации, при столкновении полярных желаний, перед развязкой или окончательным решением.

В целом можно принять, что характер эмоциональной реакции зависит от количества и качества информации, от того, какой она ожидалась и в какой момент была получена. Важно, разумеется и то, как индивидуум интерпретирует информацию. Так, У. Джеймс упоминает об американце, который в войну потерял все свое имущество. От радости он будто бы катался по земле и говорил, что никогда еще не был так счастлив, как теперь.

Любая эмоция состоит из трех компонентов. Это во-первых, непосредственное переживание — сумма органических ощущений (легкость, стеснение, напряжение, удушье и т. п.), которую, собственно, мы и называем эмоцией, настроением. Во-вторых, любая эмоция включает то или иное побуждение к деятельности. В условиях дефицита информации совершаемые при этом действия в конечном счете могут оказаться полезными. Известна притча о двух лягушках, попавших в крынку со сметаной. Одна вскоре прекратила сопротивление и погибла. Другая барахталась, пока не сбила комок масла и тем самым спаслась. Эмоция, таким образом, как бы восполняет дефицит информации — это когнитивный компонент эмоции.

Выделяют несколько форм проявления эмоций: аффекты, страсти, настроения и ситуативные реакции.

Аффект — сильное и короткое проявление эмоции, связанное с неожиданным и резким изменением жизненно важных обстоятельств. Аффект характеризуют:

— связь с наличной ситуацией — отдаленные, воображаемые и вероятные события аффектом не сопровождаются;

— обобщенность — основной раздражитель «сплавляется» в единый комплекс с сопутствующими, так что последние только поддерживают аффект. Поэтому успокоить разъяренного человека трудно, этим его можно только «подхлестнуть». Аффект ужаса может поддерживаться случайными вещами, отчего в панике человек мечется в разные стороны;

— высокая, предельная интенсивность эмоции, признаком

чего могут служить резкие физиологические сдвиги и расстройства (спазмы сосудов, эпилептический припадок и т. п.);

— изменение состояния сознания — обычно наблюдается выраженное в разной степени «сужение» сознания. Разграничивают физиологический и патологический варианты аффекта. Часто считают, будто аффекты лишены адаптивного значения. Между тем существует мнение, что опыт аффекта полезен в том плане, что позволяет заранее, распознать аффектогенные ситуации, подготовиться к ним или во время «выйти из игры». Известна «очистительная» сила аффектов. Аффекты способствуют, кроме того, развитию самоосознавания через осмысление последствий поступков, совершаемых во время эмоционального взрыва.

Страсть — сильное и стойкое чувство с концентрацией внимания, мыслей и действий на объекте, с которым связано это чувство. Нередко страсть преображает, делает неузнаваемым человека. Она, по замечанию Ларошфуко, «превращает умного в глупца, но не менее часто наделяет дураков умом». О страстях много писали — поэты, писатели, философы, в основном выражая осторожное, боязливое к ним отношение. Между тем страсти не бывают ни плохими, ни хорошими, они таковы, каковы сами люди.

Настроение — устойчивое и нерезко выраженное эмоциональное состояние. Определяется физическим состоянием, а также оценкой происходящего с позиций жизненно важных целей. Устойчивое, хорошее настроение — показатель здоровья, интегрированности личности. Еще в древности писали: «Если придет благо, не радуйся чрезмерно, если придет беда, не огорчайся чрезмерно, ибо благо со временем оборачивается злом, а зло — благом, и нет подъема, перед которым не было бы спуска, и нет спуска, за которым нет подъема». Настроение с трудом поддается словесному описанию, чаще оценивается в неопределенных выражениях — «хорошее, плохое». В таких оценках воедино сливаются указания на витальное самочувствие, уровень активации, готовность действовать в том или ином направлении. Если в них включены ясно осознаваемые когнитивные аспекты, то есть тенденция интерпретировать впечатления определенным образом, описание настроения носит более структурированный характер, («печальное, радостное, веселое» и т. п.).

Ситуативные реакции — относительно короткие и мягкие эмоциональные ответы, связаны с текущими впечатлениями. Это могут быть внешние ситуации — что-то сказали, упрекнули, кто-то заболел и т. п. Любимый человек

вызывает чувства гордости, восхищения, благодарности. Ситуативные реакции возникают и в связи с внутренним состоянием. Например, человек чувствует зависть к кому-то, понимая, что это «нехорошо». Возможно, он почувствует также чувство вины, досаду или разочарование собой.

Эмоции по происхождению — это форма индивидуального и видового опыта: ориентируясь на них, субъект совершает действия, целесообразность которых для него остается иногда скрытой. Ситуации и сигналы, вызывающие эмоции, также не всегда осознаются. Конфликт между осознаваемыми и неосознаваемыми эмоциями является одной из причин развития неврозов.

Развитие эмоций выражается в их дифференциации, в расширении круга объектов, вызывающих душевный отклик, в развитии способности контролировать эмоции, их внешние проявления. Первичная форма эмоций — эмоциональный тон ощущений — переживание приятного (неприятного) в структуре ощущений, побуждающие движение субъекта к раздражителю или от него. Органические эмоции связаны с физиологическими процессами и инстинктами. Социальные эмоции возникают в межличностных контактах. Это, к примеру, чувство вины, стыда, обиды, уважения и т. д. Высший уровень развития эмоций у человека — устойчивые предметные чувства к объектам, отвечающим его духовным потребностям (интеллектуальным, эстетическим, нравственным). Это обобщенные, надситуативные эмоции, связанные с важнейшими ценностями личности. Эмоции человека являются результатом множества влияний, зачастую весьма противоречивых.

Эмоциональный опыт человека изменяется и обогащается в ходе развития личности в результате сопереживания субъектом душевных состояний других людей на основе идентификации с ними, подражания моторным и аффективным реакциям, стремления понять

внутренний мир окружающих и предсказать их эмоциональные реакции в конкретных ситуациях (эмоциональный, когнитивный и предикативный виды эмпатии), переживания субъектом по поводу чувств другого человека (сочувствие), при восприятии произведений искусства, под влиянием средств массовой информации. Эмоции — важный фактор человеческого общения. Они влияют на выбор партнеров общения, контактность, определяют ее способы и средства. Одним из средств общения являются выразительные движения, имеющие сигнальный и социальный характер. Мимика, пантомимика, вокальная мимика (интонация, тембр, ритм, вибрация

голоса), экспрессия в процессе общения приобретают характер образного языка, специфического кода для передачи многообразных оттенков чувств, оценок, отношений к событиям и явлениям. Они могут иметь решающее значение в интерпретации значения произносимых высказываний. Некоторые авторы считают, что невербальные средства общения являются основным каналом информации для передачи отношения одного человека к другому. К примеру, отношения симпатии или антипатии в значительной степени возникают при виде зрачков партнера — узкие зрачки не ассоциируются с теплыми чувствами.

Эмоции сопровождаются разными изменениями в деятельности органов дыхания, пищеварения, сердечнососудистой системы, желез внутренней секреции, скелетной и гладкой мускулатуры, метаболическими сдвигами. Это бледность, гиперемия кожных покровов и слизистых оболочек, колебания артериального давления, частоты пульса и дыхания, терморегуляции, мидриаз, усиление перистальтики, пиломоторные реакции и многое другое. С этими изменениями связаны разнообразные субъективные ощущения, сопутствующие аффективным реакциям и выразительным движениям. Данное обстоятельство, между прочим, отражено в обозначениях эмоций в русском и других языках. Так, слово «печаль» означает: то, что печет. «Горе» происходит от слова «горит», «грусть» — от «грызет». Первоначальное значение слова «удрученный» можно передать выражением «побитый палками», которое очень часто используется депрессивными больными в жалобах на самочувствие. «Тужить» означает: испытывать стеснение, давление. «Скорбь» в литовском языке определяется как «падать в обморок, лишиться сознания». Раннее значение слова «страх» — оцепенение, обездвиженность, превращение в подобие палки. «Плакать» — это значит «бить себя в грудь», «ликовать» — «петь и плясать», «скучать» — «кричать», «трусить» — «трястись, дрожать» (Шанский и др., 1961). Больные также склонны подчеркивать физический оттенок в самовосприятии аффективных сдвигов. Например, чувство тоски звучит как «боль в сердце и плохие мысли», тревоги — «внутренняя дрожь, суетливость». Под влиянием эмоций меняется электрическое сопротивление кожи, — факт, на использование которого основана работа «детектора лжи».

Вегетативные сдвиги, характеризующие эмоции, могут иметь симпатикотоническую либо ваготоническую направленность. Известно, что отрицательные эмоции сопровождаются преобладанием тонуса симпатического, а положительные и приятные эмоции — парасимпатического

отдела вегетативной нервной системы. Нередко, однако, симпато-адреналовые и вагоинсулярные реакции сочетаются без явного перевеса в ту или иную сторону.

Одной из первых попыток объяснить физиологическую природу эмоций была теория Джемса-Ланге (1894, 1895), подчеркнувшая роль периферических реакций в эмоциональном процессе. Основное содержание теории состоит в том, что внешние впечатления рефлекторным путем, минуя сознание, вызывают в организме определенные вегетативные реакции и побуждают к выполнению соответствующих действий. Последующее осознание происшедших изменений субъективно переживается как эмоция. Согласно Джемсу и Ланге, неверно говорить так: человек увидел медведя, испугался и побежал. Следует сказать иначе: человек увидел медведя, побежал и осознал это как испуг. Cannon (1927) и Bard (1928) предложили центральную теорию эмоций, в которой механизмы эмоциональных реакций связывались с деятельностью зрительного бугра.

Дальнейшими исследователями была установлена роль центральных нервных образований — лимбико-ретикулярного комплекса в механизмах возникновения эмоций. Показано, что различные стороны эмоциональных состояний контролируются специальными нервными структурами, функционирующими в тесном единстве. Зрительный бугор определяет эмоциональную окраску различного тона, стриопаллидарная система участвует в осуществлении внешнего выражения эмоций, гипоталамус регулирует вегетативные, сосудистые, нейроэндокринные функции и метаболические, процессы при эмоциональных состояниях. Ретикулярная формация ствола мозга осуществляет активирующее влияние на кору головного мозга. Установлено, что роль коры больших полушарий не может быть сведена к пассивной рецепции эмоциональных процессов. Как указывает М. И. Аствацатуров (1959), результатом деятельности коры головного мозга являются высшие эмоциональные проявления, включающие, как составной компонент, филогенетически более старую протопатическую чувствительность, воспринимаемую зрительным бугром.

7.2. Психопатология эмоциональной сферы

Наблюдаются различные нарушения эмоциональной сферы. Ниже они сгруппированы следующим образом: патология настроения, патология эмоциональных реакций, патология экспрессивных актов. Нарушения эмоционального тона ощущений описаны в главе о патологии ощущений

(психическая гиперестезия) и разделе о депрессивном синдроме (психическая гипестезия).

Расстройства настроения. Нарушения настроения характеризуются относительно устойчивыми к внешним воздействиям часто аутохтонными аффективными установками и сопровождаемыми общим изменением нервно-психического тонуса. Изменения настроения могут быть связаны также с внешними причинами (психический стресс, интоксикации, травмы), соматическими нарушениями. В данную группу расстройств включены: апатия, гипотимия, гипертимия, эйфория, дисфория, растерянность, тревога, страх, бредовое настроение.

Апатия. Состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам будущего. Это стойкое или преходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и органических эмоций. Глубокая степень апатии обычно не осознается, не расценивается пациентами в качестве патологического явления, не тяготит их, не отражается в жалобах на самочувствие. В относительно неглубоких случаях может быть понимание происшедших перемен в чувствах. Градации апатии примерно таковы: эмоциональное уплощение — эмоциональная монотонность — безучастность.

Гипотимия (снижение настроения). Аффективная подавленность в виде депримированности, опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослаблением привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, истощаемы, могут полностью отсутствовать. Шкала подавленного настроения могла бы выглядеть следующим образом: безрадостное настроение — печаль, депримированность — тоска с переживанием душевной боли и смыслоутраты — отчаяние, безысходность, — тоскливое возбуждение (раптус) или депрессивный ступор.

Гипертимия (повышение настроения). Приподнятость, веселое, праздничное, жизнерадостное настроение с приливом бодрости, инициативы, оптимизма, ничем не омрачаемого переживания счастья. Отрицательные эмоции отсутствуют или нестойки и мимолетны. Шкала приподнятого настроения может быть представлена таким образом: безмятежное настроение (эйфория) — веселое настроение с повышенной смешливостью — радость, переживание счастья — восторг, ликование — экстаз с

хаотическим возбуждением или ступором.

Эйфория («несу хорошее»). Беспечное, беззаботное, безмятежное настроение, в котором доминирует благодушие, пассивное переживание полного благополучия и отсутствия забот, довольство, поверхностное, наплевательское отношение к серьезным сторонам и явлениям жизни. По существу под эйфорией чаще всего понимают обусловленную органическими причинами нерезкую приподнятость настроения.

Дисфория («несу плохое, дурное»). Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышкам раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями. Пароксизмы дисфорического настроения свойственны височной эпилепсии.

Растерянность. Острое чувство недоумения, беспомощности, бестолковости, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость внимания (гиперметаморфоз), вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Пытаясь разобраться в происходящем, больные апеллируют к помощи извне, сообщают, что ничего не могут сообразить, задают характерные вопросы: «Где это я?.. Кто эти люди?.. Почему Вы в халате?.. Ничего не пойму... Что со мной?.. Зачем Вы пишите?.. Куда меня ведут?..». Высказывается мнение, что непонимание окружающего преобладает при острых экзогенно-органических психозах, в то время как неспособность разобраться в аутопсихических сдвигах более характерна для острой шизофрении.

Тревога. Неясное, недифференцированное чувство растущей опасности, предчувствие катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Тревога иногда определяется как «свободно-плавающий страх». Сопровождается своеобразными физическими ощущениями: «Внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...», суетливостью, непоседливостью, беспокойством — «места не могу найти... не могу ни сидеть, ни лежать, ни чем-то заняться, все время куда-то гонит...», двигательным возбуждением, тревожными вербигерациями, ажитацией выразительных актов. Тревожность — черта личности — повышенная склонность испытывать тревогу по поводу реальных или воображаемых опасностей. Шкала тревоги выглядит приблизительно так: внутреннее волнение — напряжение, неясное

предощущение неприятностей — выраженное беспокойство, предчувствие катастрофы — смятение, растерянность, возбуждение или оцепенение.

Страх. Разлитое, генерализованное, проецирующееся на все в окружающем либо связанное с определенными ситуациями, объектами, лицами переживание опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями («внутри похолодело, оборвалось», «шевелются волосы» и др.), локализованным в груди и во всем теле, парестезиями, острыми вегетативными расстройствами. Интенсивность страха колеблется в широком диапазоне: опасение, боязнь, испуг, ужас, панические реакции.

Бредовое (основное) настроение. Страх, напряженность с беспредметным или проецирующимся на людей переживанием опасности, ощущением враждебности окружающего и одновременно с этим чувством своей незащищенности и уязвимости в сочетании с подозрительностью, настороженностью, недоверчивостью.

Расстройства эмоциональных реакций. Проявляются эмоциональными реакциями, неадекватными по знаку, силе и продолжительности, вызывающим их стимулам. Опишем следующие нарушения: эксплозивность, эмоциональную вязкость, эмоциональную монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональную тупость, утрату эмоционального резонанса, паратирию, эмоциональную парадоксальность, эмоциональную двойственность и патологический аффект. Патология эмоциональных реакций нередко имеет в основе изменения общей аффективной установки (дисфория, подавленность и др.).

Эксплозивность (взрывчатость). Чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости, гнева. Эмоциональные разряды могут сопровождаться агрессией, направленной вовне или на самого себя. Снижается контроль за поведением, характерна импульсивность. Эксплозивность можно рассматривать как готовность к состояниям аффекта, включая патологический.

Эмоциональная вязкость. Застревание, стойкая фиксация аффективной реакции и внимания на каком-либо событии, ситуации, объекте. Проявляется в злопамятности, приверженности к раз и навсегда заведенному распорядку жизни, в консерватизме во взглядах и привычках, в косности и оппозиционном отношении к новому, в длительной

сосредоточенности на психотравмирующих ситуациях, на неудачах и обидах, в прилипчивости к волнующим темам.

Эмоциональная слабость или лабильность. Легкая и капризная изменчивость настроения по разным, часто сиюминутным причинам, иногда неизвестным и самому пациенту. Ровного душевного состояния может не быть вообще. Повышение настроения зачастую приобретает оттенок сентиментальности, умиления, понижение — слезливости, слабодушия. Крайняя степень эмоциональной слабости определяется термином эмоциональное недержание — это полная неспособность сдерживать внешние проявления эмоций в сочетании с резкими колебаниями настроения по любому поводу.

Иногда наблюдается чрезвычайно утонченная эмоциональная чувствительность, когда неприметные и совершенно случайные детали происходящего оставляют очень глубокое впечатление — эмоциональная гиперестезия. Частые колебания настроения могут быть связаны с обострением эмпатического сопереживания — «настроение других прямо передается мне и, кажется, переживаю за них больше, чем они сами».

Эмоциональная монотонность. Отсутствие естественных колебаний настроения; неподвижное, однообразное, без суточной динамики и не меняющееся от внешних стимулов настроение. Радующие, волнующие, печальные или тревожные сообщения не находят душевного отклика у пациентов, их настроение остается прежним. Нет эмоционального отзвука и при восприятии эмоций окружающих. Речь сухая, лишена мелодичности, образности. Мимика бедная, жестикуляция скудная, однотипная, тональность голоса приглушена.

Эмоциональное огрубение. Утрата тонких эмоциональных дифференцировок, наиболее ярко проявляющаяся в сфере высших чувств и в отношениях с окружающими. Больные теряют присущие им ранее сдержанность, деликатность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства и уважения к другим, становятся расторможенными, назойливыми, циничными, хвастливыми, бесцеремонными, заносчивыми, не соблюдают элементарных приличий.

Эмоциональная тупость. Душевная холодность, опустошение, черствость, бессердечие, состояние, связанное с резким недоразвитием или утратой высших эмоций. Обозначается иногда как «моральная идиотия», олотимия. Органические эмоции, как и эмоциональный тон ощущений остаются достаточно живыми и, что обычно

случается, оказываются неконтролируемыми.

Утрата эмоционального резонанса. Болезненное чувство выпадения эмоционального отклика на различные события. Описывается больными как весьма тяжелое ощущение потери слитности с происходящим, разобщение с внешним миром: «Воспринимаю все глазами, умом — не сердцем. Внутри все замерло, окаменело, будто души нет. Вижу, как люди волнуются, радуются, плачут, к чему стремятся, я же смотрю на все со стороны, как наблюдатель, не принимаю в жизни участия. Между мной и всем остальным возникла какая-то невидимая преграда, отделившая меня от мира». Утрата эмоционального резонанса — одно из проявлений болезненной психической анестезии, состояние «мучительного бесчувствия», возникающее вследствие потери способности осознавать различные чувства (радости, печали, страха, любви).

Паратимия. Инверсия эмоций, когда аффективные реакции противоположны адекватным в данной ситуации.

Эмоциональная парадоксальность. Ослабление адекватных эмоциональных ответов на важные события при одновременном оживлении реакций на сопутствующие незначительные обстоятельства.

Эмоциональная двойственность (амбивалентность). Сосуществование разных чувств по отношению к одному и тому же объекту. Характеризует ценностный конфликт и типична для невротической личности. Крайние варианты амбивалентности проявляются неспособностью осознавать факт антагонизма возникающих в одно и то же время полярных эмоций, свидетельствуют о глубокой степени расщепления личности.

Патологический аффект (Kraft-Ebing, 1868). Кратковременное психическое расстройство в виде взрыва сильнейшего аффекта (обычно ярости, бешенства) в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию). Сопровождается помрачением (сужением) сознания, двигательным возбуждением с автоматизированными действиями, последующей конградной амнезией. Патологическому аффекту сопутствуют резкие вегетативные сдвиги, возможны дебюты и рецидивы психических, а также соматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, тиреотоксикоз и др.).

Развитие патологического аффекта принято разделять на три стадии: в первой (подготовительной) происходит нарастание аффекта и сужение сферы сознания на

психотравмирующих переживаниях; во второй (стадии взрыва) наступает глубокое нарушение сознания с расстройством ориентировки, речевой бессвязностью, бурным двигательным возбуждением; в заключительной стадии выявляются признаки резкого психического и физического истощения, часто — глубокий сон. После пробуждения обнаруживается частичная или полная амнезия, которая может быть отставленной.

Патологический аффект относится к компетенции судебной психиатрии и считается состоянием, исключающим вменяемость, как и патологическое опьянение. К исключительным состояниям относят также описанные Кречмером реакции короткого замыкания — скоротечные аномальные (но не являющиеся психотическими в клиническом смысле) болезненные эпизоды, выражающиеся импульсивными действиями опасного характера. Последние имеют аффективное происхождение и связаны с постепенно накапливаемым эмоциональным напряжением, обусловленным ситуацией длительной фрустрации. В самый момент реакции, вероятно, наступает аффектогенное сужение сознания. Не имеет четких различий с патологическим аффектом, встречается очень редко.

Полярным патологическому аффекту является состояние эмоционального паралича — блокада эмоциональных реакций, наступающая в катастрофальных ситуациях (землетрясение, аварии и т. п.). Внешнее поведение, оценка обстановки, когнитивные функции не страдают, но эмоции на некоторое время (часы) полностью выключаются. Позднее, под влиянием воспоминаний (иногда произвольных) о случившемся, эмоциональные реакции могут быть более чем живыми.

Аффективно-шоковые реакции определяются и как «острая реакция на стресс» (угрозу жизни, изнасилование, несчастный случай, преступное нападение и т. п.). Риск развития острой реакции на стресс возрастает при физическом истощении, наличии органических факторов и личностной индивидуальной уязвимости, индуцирующем влиянии окружающих. Симптоматика острой стрессовой реакции (паническое бегство, диссоциативный ступор, дезориентировка, сужение сознания, депрессия, тревога) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину, ни один из симптомов не преобладает длительное время. Проявления реакции обычно сводятся к минимуму в течение трех суток. Оставленная или затяжная реакция на психологический стресс («посттравматическое стрессовое расстройство») проявляется эпизодами повторного переживания травмы (навязчивыми воспоминаниями,

фантазиями, сновидениями) на фоне отгороженности и эмоциональной притупленности, безрадостного настроения и ангедонии, избегании всего, что напоминает о стрессе. Вероятны короткие эпизоды страха, паники, ярости и агрессии, возникающие в ответ на стимулы, напоминающие о травме или о первоначальной реакции на нее. Выявляются нарушения сна, вегетативной регуляции, тревога, депрессия, пугливость, повышенная суицидальная готовность. Посттравматическому стрессовому расстройству обычно предшествует латентный период (от нескольких недель до шести месяцев). Течение болезни волнообразное, обычно следует выздоровление, но иногда болезненное состояние затягивается на годы и переходит в хроническое изменение личности.

В ответ на резкие изменения жизненных обстоятельств (потери, миграция, безработица, положение беженца, угроза тяжелой болезни) у лиц, расположенных к дистрессу, наблюдаются расстройства адаптации. Депрессия и тревога сочетаются в таких случаях с неуверенностью в себе и в будущем, неспособностью планировать и находить нетривиальные решения, крушением веры и переживанием краха ценностей, ностальгией, ощущением одиночества и отчуждением. Возможны различные формы отклоняющегося поведения (аддикция, агрессия, суициды, регрессия и др.). Актуализация высших инстанций «Я», творческого потенциала не всегда ведет к восстановлению внутренней гармонии и интеграции прошлого и настоящего в личности.

ПАТОЛОГИЯ ЭКСПРЕССИВНЫХ АКТОВ

Аимия, гипомимия. Отсутствие, ослабление мимики, жестикуляции, обеднение выразительных средств речи, монотонность интонаций, потухший, ничего не выражающий взгляд.

Гипермимия. Чрезмерное оживление выразительной сферы с обилием ярких и быстро сменяющихся экспрессивных актов. Гиперпродукция выразительных действий отмечается, к примеру, в состоянии кататонического возбуждения: больные громко хохочут, рыдают, издают вопли, стонут, танцуют, кланяются, маршируют, отдают честь, принимают величавые позы. Трудно определить, стоят ли за всем этим соответствующие эмоции. Описывают «псевдоаффективные» реакции с имитацией внешнего выражения аффектов, возникающие, как полагают, в результате расторможения безусловно рефлекторной деятельности. При синдроме Жилиа де ля Туретта на фоне гиперкинетического возбуждения, гримасничанья, интенсивной жестикуляции и демонстративного поведения помимо воли произносятся

циничные ругательства. Выразительные действия иногда имеют автономный характер — «насильственный плач, смех», как это свойственно церебральному атеросклерозу. Пациенты с синдромом психического автоматизма отмечают у себя «сделанные» мимические и пантомимические акты — «меня заставляют смеяться, плакать, изображать радость, злобу». Непроизвольные плач, хохот наблюдаются при истерии («рыдаю и не могу остановиться»). Выразительные действия могут быть диссоциированы, возникая в отрыве от соответствующих эмоциональных переживаний. Больные отмечают, что «слезы катятся сами по себе и также возникают смех, улыбка», в то время как настроение не меняется. Оживление выразительной сферы наблюдается также в маниакальных состояниях. В гашишном опьянении типичен, по выражению пациентов, «хохотун» — чрезмерная смешливость. Смех возникает по ничтожному поводу и имеет насильственный оттенок. При височной эпилепсии наблюдаются фокальные припадки с выразительными автоматизмами — хохотом, рыданиями.

У депрессивных пациентов тяжелое настроение иногда также выражается преимущественно выразительными действиями. Так, аффективное напряжение на время «снимается», если пациент, уединившись, может «прокричаться». Или идет на футбольный матч, где есть повод «поорать», не обращая на себя внимание других. Больной сообщает, что утрами он горько «рыдает», после того чувствует облегчение. Подобные «истерики» не адресованы зрителю, они связаны с потребностью в эмоциональной разрядке.

Парамимия. Извращение выразительных действий. Например, о неприятном событии сообщается с улыбкой, о радостном — со слезами. Искажение в приведенном примере касается врожденных выразительных актов, проявляется как бы на витальном уровне экспрессии. Между тем существуют культурально обусловленные, конвенциональные выразительные действия. Так, свист на Руси считался способом привлечь внимание нечистой силы, а брань — методом ее отпугивания. Выразительные акты могут иметь сугубо индивидуальный характер: отдельные позы, специфические жесты, характерная мимическая игра. Приобретенные акты экспрессии составляют, очевидно, существенную часть праксиса индивидуума. При органических повреждениях коры полушарий можно ожидать появление расстройств приобретенных выразительных действий. Так, при атрофических заболеваниях головного мозга некоторые пациенты теряют представление о значении выразительных актов. Пациентка о болезни Пика, обращаясь с просьбой, отдает воинскую

честь, пытается сделать врачу подножку; уходя с беседы,— приседает в реверансе, выражая признательность,— крестится.

Расстройства эмоциональной сферы и экспрессии имеют важное диагностическое значение. Так, эйфория наблюдается при алкоголизме, прогрессивном параличе, нейролюесе, опухолях лобно-базальной локализации. Пароксизмально возникающие дисфорические эпизоды при эпилепсии рассматриваются в качестве психического припадка. Дисфорические реакции весьма часто выявляются при экзогенно-органических поражениях головного мозга. Аффективная неустойчивость встречается при неврозах, астенических состояниях, сосудистых заболеваниях мозга; в последнем случае она характеризуется также слабодушием. При шизофрении наблюдаются эмоциональное оскудение, монотонность, утрата аффективной откликаемости, паратимия, эмоциональная амбивалентность. Душевное опустошение иногда достигает степени апатии. Эмоциональная «тупость» встречается чаще при психопатии. Эксплозивность и аффективная вязкость составляют ядро свойственных эпилепсии эмоциональных изменений. Огрубение эмоциональной сферы неизбежно наступает при токсических и прочих органических поражениях головного мозга. Гипотимия, утрата эмоционального резонанса, болезненное бесчувствие свидетельствуют о наличии депрессии, а гипертимия характеризует маниакальные состояния.

ГЛАВА 8. ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ ВОЛИ (ПОВЕДЕНИЯ)

**Психопатология.
Часть I**
В.А. Жмуров

8.1. Психология воли

Воля — способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей. Произвольной следует считать лишь такую деятельность, которая регулируется представлениями о будущих результатах этой деятельности. Волевая активность свойственна только человеку, животные лишены этой способности, хотя у них и существуют ее зачатки в виде преднамеренных действий, детерминированных возможностью появления объектов актуальной потребности. Поведение насекомых, рыб, рептилий определяется главным образом инстинктами — врожденными механизмами, динамизирующими, направляющими и контролирующими это поведение. У птиц, млекопитающих и низших приматов контроль поведения с инстинктов смещается на механизмы научения. Поведение человека определяется в

основном рассудочной деятельностью. Динамизирующая функция инстинкта состоит в побуждении к действиям, повышении общей активности. Направляющая роль инстинкта заключается в определении четкой последовательности требуемых действий. Функция контролирования позволяет оценить успешность деятельности, так как конечный результат последней жестко зафиксирован в наследственной программе инстинкта. Инстинкты у человека сохранили динамизирующее значение, однако они не могут направлять и контролировать эффективность его поведения (Обуховский, 1971). Подобно раю, считает В. Франки, возврат к инстинктам для человека закрыт навсегда. Волевая деятельность регулируется мотивами — осознанными целями поведения и рациональной программой их осуществления.

Наряду с биологическими у человека существует и обычно доминируют собственно человеческие потребности. Потребность — это «нужда» в том, без чего организм не может нормально развиваться и существовать. Одной из первых, остающейся до сих пор в числе лучших, является классификация человеческих потребностей Эпикура (III—IV век до н. э.). Эпикур разграничивает три группы потребностей: естественные и необходимые (в еде, питье); естественные, но не являющиеся необходимыми (половые желания); ни естественные, ни необходимые (желание славы, патологически усиленные потребности первых двух типов — страсти).

С точки зрения А. Маслоу, реализация потенциальных возможностей личности, самоактуализация, недостижима без удовлетворения витальных потребностей (еда, сон и т. п.). Автор пытался обосновать иерархическую теорию потребностей, интегрировать потребности разного уровня, от самых «примитивных» до наиболее утонченных. «Пирамида» потребностей, по А. Маслоу, такова.

1. Физиологические потребности (в пище, воде и др.), без удовлетворения которых никакие другие не имеют побудительной силы.
2. Потребность в безопасности (в защищенности, уверенности в завтрашнем дне и др.), удовлетворение которой делает возможным развитие потребности в хорошем отношении.
3. Потребность в хорошем отношении (быть любимым, принятым в обществе, в группе, где с тобой считаются и др.).
4. Потребность в самоуважении, желание утвердить себя в деле, а не во мнении властей или большинства.
5. Потребность в самореализации, которая превращает человека

в творческую личность, способную заботиться о других людях, обществе и человечестве.

По мнению Ж. Годфруа (1992), более 90 % людей останавливается на уровне поисков защищенности и хорошего отношения. Некоторые психологи считают, что подлинного расцвета личности достигают 1—2 % людей.

В. Франкл (1991) специфически человеческим считает стремление к смыслу жизни. Без него человек не более, чем говорящее животное. Проблема смысла существования стала наиболее острой в развитых «сытых» странах. Огромное число людей испытывает чувство смыслоутраты. Именно с этим связаны столь актуальные в наше время проблемы, такие, как наркомания и алкоголизм, самоубийства, агрессия, порноиндустрия и др.

Фрустрация потребностей влечет серьезные и опасные для здоровья и жизни человека последствия. Так, лишение сна уже на четвертые—пятые сутки приводит к психозу. Важно, что тяжесть и характер последствий лишения во многом определяется тревожными ожиданиями таких последствий. Воображаемая опасность подчас является ничуть не меньшей угрозой, чем реальная. Как заметил кто-то, самое страшное — это сам страх.

Волевой акт имеет своим истоком актуализацию потребности. Субъективно это переживается как смутное ощущение нехватки чего-то важного и необходимого. Объект потребности на данном этапе волевого процесса не осознан. Вторым этапом последнего волевого акта является формирование мотива — осознание содержания потребности, понимание того, что, собственно, нужно. На третьем этапе волевого акта происходит борьба мотивов. Из всех возможных в данный момент выбирается то направление деятельности, которое адекватно наиболее важной потребности. Кроме того, определяется такой способ достижения цели, который отвечает нормативным представлениям индивидуума. На четвертом этапе волевого процесса формируется план действий и принимается решение действовать (осуществляется волевое усилие). Наконец, пятым этапом является реализация намеченного плана, внешняя деятельность в направлении цели, соотносящаяся с реальными и изменчивыми обстоятельствами.

Приведем короткие определения некоторых терминов, относящихся к поведению (по Ж. Годфруа, 1992).

Мотивация — совокупность разных факторов, определяющих поведение.

Желание — субъективное ощущение потребности, в том числе и биологической.

Мотив — формулировка причины, соображение, которыми индивидуум руководствуется в своих действиях.

Побуждение — цель, ради которой совершается поступок. Истинная цель может быть установлена лишь после того, как действие осуществилось.

Влечение — внутреннее состояние, толкающее к определенному действию.

Импульс — динамическое проявление инстинкта, врожденной потребности.

8.2. Психопатология воли

Ниже описаны следующие виды нарушения поведения: нарушения активности (абулия, гипербулия); нарушения влечений; нарушения мотивации поведения (парабулия); психомоторные нарушения; другие нарушения воли. Систематика эта условна.

Абулия. Отсутствие стремления к деятельности, пассивность, аспонтанность, адинамия. Абулия наблюдается при различных патологических процессах. В частности, при шизофрении («утрата энергетического потенциала», «динамическое опустошение», «структурная деформация»), будучи наиболее резко выраженной при простой ее форме и в состояниях глубокого психического дефекта. Адинамия, как специфически лобный феномен («синдром сломанного пера»), впервые выделена К. Kleist в 1934 г. и заключается в бедности или полном отсутствии стремления действовать. Диапазон возникающих при этом расстройств достаточно широк: от некоторого обеднения мышления и речи до полной обездвиженности — акинезии. К. Beringer (1934) показал, что при лобных поражениях значительное торможение спонтанной активности сочетается с сохранением возбудимости на внешние воздействия. Как указывает W. Klages (1954), аспонтанность, связанная с диэнцефальными поражениями, в отличие от лобной, является выражением физиологической усталости и не сопровождается нарушениями мышления. Ослабление активности наблюдается при депрессии, определяя иногда статус больных («адинамическая депрессия»). В последнем случае характерны понимание факта упадка активности, переживание его как болезненного явления, а также стремление пациентов преодолеть это состояние. При адинамической депрессии, судя по сообщениям пациентов, снижена и способность к волевому усилию. Они знают, что и как делать,

понимают необходимость действия, но не находят в себе сил его осуществить.

Ослабление импульсов к действию или вялость (в просторечии — «лень») определяется термином гипобулия, гиподинамия. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, переживаемого скорее субъективно, до граничащего с аспонтанностью. Ги-по- и абулия — нарушения, лишенные нозологической специфичности. Встречаются в клинической структуре различных психических и соматических заболеваний, при психопатии, последствиях органических повреждений головного мозга, наркомании.

Следует разграничивать такие сходные понятия, как гиподинамия и астения. В клиническом плане они часто находятся в отношениях смежности: астении очень часто сопутствует гиподинамия. Но так бывает не всегда. При гиперстеническом варианте астении, например, ослабления активности не наблюдается. Состояния вялости могут не сопровождаться явно повышенной истощаемостью. Из этого следует, что указанные понятия (и соответствующие им клинические явления) при значительном внешнем их сходстве не являются идентичными.

Гипербулия. Состояние избыточной активности с обилием разнообразных, часто сменяющихся побуждений к деятельности, а также импульсивным стремлением к немедленному достижению цели. Растормаживаются природные влечения. Деятельность в целом оказывается малопродуктивной из-за быстрой замены одних целей другими, преобладания ситуативных реакций (полевое поведение). В относительно легких случаях подъема активности продуктивность занятий может быть повышена. При резком увеличении активности возникает состояние хаотического психомоторного возбуждения.

В детской психиатрической практике встречаются гипердинамический синдром (синдром гиперактивности). Основные его признаки: общее беспокойство, раздражительность, неусидчивость, обилие лишних движений, ослабление активного внимания, незаконченность поведения, порывистость, импульсивность поступков. Резко нарушаются семейная и школьная адаптация. Состояние гипердинамии не способствует нормальному интеллектуальному развитию детей. Гиперкинетический синдром с задержкой речи, неуклюжестью, замедлением развития специальных навыков (чтение, счет и др.) обозначают как гиперкинез с задержкой развития.

Гипербулия у взрослых пациентов наблюдается в маниакальном состоянии, психическом возбуждении при разных заболеваниях.

В детской психопатологии гипердинамический синдром чаще связывают с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы — синдромом минимальной мозговой дисфункции. Кроме того он описан при эпилепсии, хроническом эпидемическом энцефалите, шизофрении, олигофрении, невротических расстройствах, а также в структуре синдрома Крамера-Полльнова (здесь он сочетается с постоянными насильственными движениями и нарастающей деменцией). У детей встречается в возрасте от 1,5 до 15 лет, но особенно резко бывает выражен в конце дошкольного и начале школьного возраста (Ковалев, 1979).

Парабулия. Патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов. Мотив при этом не формируется либо является неадекватным внутренней природе потребности. Отклонения в поведении могут быть разными:

— импульсивные, реактивные, нелепые и прозективные действия кататонических пациентов. Ясные мотивы поведения здесь отсутствуют, это безмотивные действия (Кербиков, 1949). К ним приближаются «странные действия», связываемые с патологией мышления и обозначаемые термином парагномен (Brze-zicki, 1950). Так, пациент распиливает пополам кошку, поскольку «деление — это закон природы». Словесная формула мотива есть тут не более, чем «речевое сопровождение», вербальная тень действия. Что на самом деле побудило больного совершить его, определить невозможно;

— неправильные действия, обусловленные обманами восприятия и бредом — здесь речь идет о психотической мотивации поведения. Последняя обусловлена тем, что пациент вместо реальности воспринимает свое болезненное «Я» в ней. При бреде преследования «спасается» или нападает, но не потому, что ему что-то реально угрожает. Вероятно, он свои неосознанные агрессивные тенденции усматривает в нейтральных действиях окружающих. То же происходит и при галлюцинациях;

— снижение уровня мотивации, регрессия личности. Так, употребление алкоголя и наркотиков бывает связано с потребностью в эмоциональном равновесии — «расстроился и выпил». Забота о «душевном покое» оказывается важнее, чем, к примеру, о своей репутации или о деле. Многие виды отклоняющегося поведения (тучность, эротизм, азартные игры, опасные виды спорта, одержимость ритмической музыкой) имеют в основе регрессию мотивации;

— избыточный уровень мотивации, когда индивидуум ставит себе сверхзадачи; перфекционизм. Результаты деятельности чаще всего бывают ничтожными. Как говорят в таких случаях,

лучшее — злейший враг хорошего. Недостижимые цели парализуют активность, вызывают боязнь неудач, страх перед действием, не приносят удовлетворения от реально достигнутого;

— защитные мотивы поведения, целью которых является самооправдание. Свойственна невротикам, не желающим расстаться с иллюзиями в отношении себя. Уход от реальности или невротический эскапизм — это отказ от дела, боязнь трудностей, маскируемые разнообразными формами психологической защиты (отрицание реальности, вытеснение, конформизм, рационализация и др.);

— преобладание внешней мотивации поведения, повышенная внушаемость. Различают первичную внушаемость — чрезмерную восприимчивость к самовнушению и гипнозу. На этой основе может формироваться зависимость пациента от врача. Врач становится как бы недостающей частью личности пациента. Первичная внушаемость объясняет, почему ипохондричные пациенты находят у себя мнимые признаки разных заболеваний — они видят то, чего боятся, а истеричные пациенты — то, чего хотят. Вторичная внушаемость обнаруживается в отношениях подчинения и связана с низкой самооценкой. Примером, с одной стороны, может служить конформность, сервилизм, а с другой стороны — авторитаризм. Массовые психические эпидемии, например, повальная вера в чудеса, возникают на почве страха, неуверенности и, конечно же, внушаемости. Внешне внушаемости противостоит негативизм. В действительности же и то и другое — разные ипостаси одного качества. Внушаемые субъекты одновременно негати-вистичны, они действуют не из рациональных оснований, а под влиянием эмоций. Внушаемость и негативизм свойственны детям. У взрослых индивидуумов эти качества указывают на незрелость или снижение личности.

Нарушения влечений

Импульсивные влечения направлены на отвергаемые сознанием цели и реализующиеся без сопротивления, хотя и с последующей критической их оценкой. Импульсивные влечения возникают приступообразно, неодолимы, длятся несколько часов, дней, нередко периодически повторяются. Во время приступа пациент обычно захвачен влечением, оно идентифицируется с его «Я». Побуждения здоровой части личности за— торможены, вспоминаются как нечто далекое, чуждое, если вспоминается вообще. По выходе из болезненного состояния оценка влечения меняется — теперь уже оно воспринимается чуждым личности, чем-то посторонним, ей несвойственным. В сущности мы встречаемся здесь с феноменом двойной личности. В одном индивидууме как бы существуют две

полярные личности, только действуют они попеременно. Следствием их антагонизма является борьба мотивов в начале приступа импульсивного влечения. К числу последних относят дипсоманию, дромоманию, пироманию, kleптоманию, мифоманию, копролалию, гиперсексуальные приступы; влечение к азартным играм (гэмблинг) также может быть импульсивным.

Дипсомания — импульсивное влечение к пьянству; проявляется периодически повторяющимися тяжелыми запоями. Начало запоев связано с аутохтонными сдвигами настроения. По выходе из запоя нередко выявляются обширные провалы памяти, поскольку значительную часть времени пациент пребывает в глубоком опьянении. Вероятно, амнезия отчасти обусловлена действием механизмов вытеснения. Запой купируется самопроизвольно. Дипсомания расценивается в качестве симптома некоторых заболеваний (циклотимии, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии) — эпсилон-дипсоматический алкоголизм (Jellinek, 1962; Короленко, 1973). Встречается редко.

Дромомания (пориомания, вагобандаж)—периодически возникающее неудержимое влечение к перемене мест, скитаниям, бродяжничеству. Синдром уходов и бродяжничества встречается при некоторых заболеваниях (шизофрении, эпилепсии), но чаще наблюдается при неврозах, психопатии, нарушениях развития личности. В динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе ухода и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными (Иванова, 1972).

Пиромания — непреодолимое и немотивированное влечение к поджогам.

Kлептомания — периодически и внезапно возникающая страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой ценности, затем выбрасываются либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются в открытую, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие.

Мифомания — непреодолимая потребность к обману, мистификации окружающих. Подобно kleптоманам, мифоманы не преследуют цели выгоды, более того, своим поведением сильно подрывают себе репутацию. Их увлекает скорее не

желание ввести других в заблуждение, а само действие, удовольствие доставляет сам процесс сочинительства невероятных историй. В психологическом плане подобная деятельность иллюстрирует процесс перехода мотива на цель — механизм образования новых, в данном случае патологических потребностей (А. Н. Леонтьев).

Копролалия — непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречаются при синдроме Жиль де ля Туретта. По своему происхождению ругательства или инвективная лексика связана с магией слов. Циничная брань с половой символикой берет начало от древнего культового отношения к гениталиям. Брань в этом смысле является продолжением архаичных традиций. Утратив первоначальное содержание, они сохранили прежний психологический смысл: многие из ругающихся делают это с целью «разрядки». Появление брани у пациентов, ранее ее избегавших, свидетельствует о регрессии личности.

Нимфомания (у женщин), сатириазис (у мужчин) — импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру. Половые контакты, однако, не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать. Одна из наблюдавшихся нами пациенток с нимфоманией сообщала, что половое желание во время приступов достигает невероятной силы. «Все внутри горит, тело само подпрыгивает, как при половом сношении. Представляю себе сношения в самых невероятных позах, мысленно проделываю такие вещи, что сказать стыдно...». Тем не менее ни при мастурбации, ни во время коитальных контактов оргазма она не испытывает, ощущает только боли; после сближений интенсивность влечения еще более возрастает. Иногда, особенно во сне, неожиданно случаются спонтанные оргазмы — обычно это бывает в периоды затишья влечения.

Высокая интенсивность сексуального влечения не является отклонением, если при этом нет физиологических нарушений. Значительно чаще, нежели нимфомания и сатириазис, встречается «эротомания» — доминирование сексуальных ценностей. Пляски вокруг «золотой свиньи» — это очевидное выражение духовного кризиса личности. В. Франкл указывает, что секс, как и агрессия, гипертрофируются в условиях экзистенциального вакуума. Сексуальность обычно нарушается по мере центрации внимания к ней. В норме она является не самоцелью, а средством сближения, выражением любовного отношения. Самый надежный стимулятор потенции и оргазма —

романтизм, то есть любовь или хотя бы влюбленность.

Расстройства на уровне инстинктов. Встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения, родительского инстинкта.

Отклонения полового влечения многообразны.

Гомосексуализм — ориентация полового влечения на лиц одноименного пола.

Происхождение гомосексуализма связано с врожденным либо возникающим в результате социальных влияний нарушением половой идентификации. Устойчивая половая самотождественность складывается в двум годам жизни ребенка. Сравнительно редкие случаи врожденного гомосексуализма с детства проявляются рядом особенностей: играми, тягой к сверстникам другого пола, нежеланием носить одежду своего пола, характерным выбором психологических и социальных ролей. Самые первые романтические чувства имеют четкую гомосексуальную ориентацию, как и последующие состояния влюбленности. К гетеросексуальным контактам испытывается полное равнодушие либо непреодолимое отвращение. Значительно чаще гомосексуальная ориентация либидо является не врожденной, а формируется под влиянием разных причин: материнская гиперопека, негативные отношения с родителями другого пола, отрицательный опыт контактов с сибсами своего пола, артистическая среда, изоляция (лишение свободы, интернат и т. п.), страх повторения неудачных гетеросексуальных контактов и др. Тождественные в социальном плане лицам своего пола, в психологическом отношении многие гомосексуалисты обнаруживают сходство с людьми противоположной половой принадлежности. Сексуальная инверсия может сочетаться с адекватной социальной и психологической идентификацией. Сексуальная ориентация часто бывает двойственной — бисексуализм. Гомосексуализм может быть латентным, неосознанным, порождая в этом случае различные психологические проблемы. Собственные гомоэротические тенденции, не осознаются, если противоречат культурным традициям общества, так как блокируются механизмами психологической защиты (репрессия, вытеснение). На сознательном уровне это может выражаться гомофобией — ненавистью к гомосексуализму и тем, кто ему привержен.

Женский гомосексуализм обозначают терминами сапфизм, трибадия, лесбийская любовь; мужской — уранизм.

Гомоэротическое влечение к взрослым мужчинам — андрофилия, к подросткам — эфебофилия, а у женщин соответственно гинекофилия и корофилия. Сексуальная инверсия по отношению к детям называется гомосексуальной

педофилией. Активный партнер в гомосексуальных контактах — это педикатор, пассивный (в актах мужеложства) — патикус или кинэдэ. Наиболее распространенным вариантом гомосексуальных контактов является взаимная мастурбация — манипулирование партнерами гениталиями друг друга.

Сексуальное меньшинство составляет 2—5 % взрослого населения. В это число не входят лица с бисексуальной ориентацией. В подростковом возрасте эпизодические гомоэротические контакты имеют до 30 % мальчиков. Согласно опросам Кинси в 1947 г. 20 % женщин и 40 % мужчин хотя бы 1 раз имели гомосексуальные контакты.

Гомосексуализм не является заболеванием, относится к девиантным или отклоняющимся формам поведения. При психических расстройствах, нередко разрушающих барьеры психологической защиты, латентный гомосексуализм может стать явным, манифестным.

Садизм — стремление причинить половому партнеру физическую боль, нравственное страдание с целью сексуального возбуждения. Садистские наклонности могут ограничиваться сексуальными фантазиями. Нередко сочетаются с другими половыми отклонениями (гомосексуализм, педофилия и т. п.).

Под садизмом понимают также потребность полного господства над половым партнером, овладение им в такой степени, что ему можно причинять боль и унижение.

Мазохизм — потребность в ощущении боли или страдании, исходящими от полового партнера и необходимыми для сексуального возбуждения и достижения оргазма.

Фетишизм — направленность полового влечения на отдельные части тела или предметы туалета. Их созерцание является основным условием сексуального возбуждения. Коитус бывает не обязателен, если заменяется мастурбацией. Современную разновидность фетишизма представляет сожитительство с надувными куклами, использование суррогатных половых органов. Половыми фетишами могут стать экскременты, органы, запах, косы, обувь, цвет кожи партнера и многое другое. Целям сладострастия может служить подглядывание за интимными сценами других людей или наблюдение в зеркале за собственным половым актом — вуайеризм.

Пигмалионизм — направленность полового влечения на скульптуры или изображения тела, их созерцание с целью сексуального возбуждения. С этой же целью разглядываются произведения порнографической индустрии.

Нарциссизм — или патологический аутоэротизм — появление полового вожделения при разглядывании собственного тела. В более широком понимании к патологическому (навязчивому) аутоэротизму относят достижение оргазма без участия партнера с помощью различных способов самовозбуждения.

Специфическим видом женского аутоэротизма является синдром Хевлок-Эллиса: самостимуляция достигается воздействием водяных струй на эрогенные зоны. При синдроме сексуальной асфиксии это делается посредством удушья при самоповешении и иных способах искусственного кислородного голодания.

Орализм — отклонение, при котором оргазм возможен только посредством раздражения гениталий губами или языком партнера.

Анализм — нарушение, при котором оргазм достигается лишь с помощью механической стимуляции прямой кишки, в частности, путем анального коитуса.

Транссексуализм — расстройство, при котором индивидуум не может принять принадлежность своего тела к биологическому полу, а также вытекающую из половой принадлежности социальную роль. С этим связана ненависть к своему телу, стремление изменить свой анатомический и паспортный пол, потребность носить одежду противоположного пола. Сексуальное влечение имеет гомоэротическую ориентацию, хотя для многих транссексуалов половая жизнь не имеет большого значения. Под трансвестизмом (эонизмом, метатропизмом) понимают отклонение, при котором половое удовлетворение достигается при переодевании в одежду другого пола.

Вампиризм — сексуальное удовлетворение наступает благодаря вкусу крови партнера (кровь выделяется после укусов до или во время полового акта).

Синдром неразличения сексуального объекта — полидевиантное половое нарушение в виде комбинации множества разных сексуальных нарушений.

Наблюдаются и другие половые отклонения: педофилия — половое влечение к детям, геронтофилия — к лицам старческого возраста, некрофилия — к трупам, содомия — к животным, инцест или кровосмешительство — к кровным родственникам (до четвертой степени родства); эксгибиционизм — стремление к обнажению половых органов в присутствии лиц другого пола; фроттеризм — достижение оргазма путем трения гениталий о тело партнера в толпе; пиролагния — созерцание огня с целью полового удовлетворения; копрофе-мия — циничная брань в присутствии партнера (или по телефону), преследующая

сексуальные цели, является разновидностью садизма; плюрализм — групповой секс. В сексуальных оргиях, к примеру, женщина одновременно реализует два или даже три вида половых контактов: генитальный, анальный и орально-генитальный (минет). Перечень половых перверзий приведенными здесь не ограничивается.— «А, впрочем, прихоти не знают меры, любовь впадает в ереси, как вера»,— заметил по этому поводу Д. Байрон. Онанизм — сексуальное удовлетворение достигается путем механического раздражения половых органов или яркими представлениями эротических сцен (психический онанизм). Онанизм рассматривается как патология, если ему отдается предпочтение перед нормальной половой жизнью или он сочетается с другими половыми отклонениями. Опасность онанизма сильно преувеличена, значительно больше вреда причиняет онанофобия — страх дурных последствий онанизма.

Весьма часто встречаются **психогенные нарушения половой функции**. Как известно, физиологическую основу сексуального поведения составляет «цикл сексуальных реакций». Этот цикл включает две фазы: возбуждение и оргазм. В фазу возбуждения происходит кровенаполнение гениталий, наблюдаются общевегетативные сдвиги. В фазе оргазма выявляются регулярные сокращения гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры с интервалом 0,8 секунды. У мужчин это приводит к эмиссии (переходу семенной жидкости из семенных пузырьков в уретру) и эякуляции (изгнанию спермы из полового члена). Вслед за оргазмом наступает рефрактерный период, когда повторный оргазм невозможен. У женщин этого периода часто не бывает. В заключительной фазе сексуального цикла кровенаполнение гениталий возвращается к исходному уровню, переживается чувство разрядки, удовлетворенности (если половой акт протекал без нарушений).

Из множества сексуальных расстройств, какие встречаются у взрослых гетеросексуалов, отметим наиболее частые. В фазу возбуждения у мужчин это несостоятельность эрекции, у женщин — вагинизм. В фазу оргазма у мужчин — преждевременная и заторможенная эякуляция, а у женщин — первичная и ситуационная аноргазмия.

Несостоятельность эрекции (импотенция). Определяется как неспособность мужчин достичь эрекции удовлетворительного качества или длительности, достаточных для интромиссии (проникновения во влагалище).

Одной из наиболее важных причин импотенции являются напряженные межличностные отношения партнеров. Имеет значение пониженная самооценка, неуверенность, страхи, центрация внимания на физиологических аспектах секса. В психиатрической практике наблюдается при астенических,

депрессивных, ипохондрических и других болезненных состояниях.

Вагинизм. Синдром спастического сокращения мышц влагалища и тазового дна во время совокупления. Половой акт становится невозможным из-за сужения входа во влагалище и сильных болей. Причинами вагинизма являются страхи, неуверенность в безопасности партнера, гинекологические заболевания, травмы и болезненные манипуляции (операции, инструментальные исследования и др.), травматичная сексуальная инициация. Определенное значение имеет воспитание в пуританских традициях, и как следствие этого, отрицательное отношение к половой жизни (отвращение, осуждение).

Преждевременная эякуляция. Последняя наступает столь рано, что партнерша не успевает достичь оргазма, хотя и способна на это. Возникает как по физиологическим (высокая нервно-психическая возбудимость), так и психологическим причинам (например, ранний сексуальный опыт в условиях, требующих быстрого завершения полового акта).

Задержка эякуляции. Проявляется неспособностью к эякуляции во время полового акта. Встречается редко. Может быть причиной импотенции.

Диспареуния психогенная. Боли в половых органах во время полового сношения, обычно у женщин, возникают без явных физических причин.

Аноргазмия. Проявляется тем, что женщина ни при каких обстоятельствах неспособна испытывать оргазм или утратила такую способность в коитальных актах, обладая ею ранее. Появление аноргазмии связано со сдерживающим сексуально-негативным воспитанием, половыми нарушениями у партнера, нарушениями межличностных отношений. При синдроме мнимой аноргазмии оргазм достигается лишь при эффективной стимуляции клитора. Вышеупомянутые половые расстройства обусловлены невротическими, а также неврозоподобными и органическими нарушениями при многих соматических и психических заболеваниях.

Нарушения пищевого влечения. Булимия — усиление влечения к пище, необычайная прожорливость, повышенное и неутолимое чувство голода. Нередко является симптомом межуточно-гипофизарной патологии, ряда эндокринных заболеваний. При синдроме Кляйн-Левина сочетается с приступами повышенной сонливости. Встречается также при психических расстройствах: у пациентов с кататоническими нарушениями, при прогрессивном параличе, глубокой

умственной отсталости. Избыточное потребление пищи может быть обусловлено психогенными факторами — еда становится способом удовлетворения других, не пищевых потребностей. Например, с целью устранить эмоциональное напряжение, недовольство, для того, чтобы развлечься, развеять скуку, почувствовать уверенность в себе, получить удовольствие, показать окружающим свое превосходство. Пищевая интоксикация данного типа является наиболее распространенной причиной тучности.

Анорексия — утрата чувства голода. Встречается при синдроме Симмондса, синдроме Шиена, некоторых эндокринных заболеваниях. Нередко наблюдается при психических заболеваниях — психическая анорексия. Например, в острых психотических состояниях, депрессии, кататоническом состоянии. Алкогольная анорексия — исчезновение чувства голода в опьянении и абстиненции у больных алкоголизмом. В пубертатном возрасте, чаще у девочек, встречается нервная анорексия — первоначально намеренное воздержание от еды позже влечет угасание чувства голода, отвращение к пище. Эмоциональная анорексия — избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов, имеющие причиной принудительное кормление в детстве.

Полифагия — стремление есть то, что не относится к пищевым продуктам. Так, в течение ряда лет пациентка ест известь, песок, кусочки красного кирпича, золу. Делает это перед едой несколько раз в день. Пациентка вынуждена так поступать, иначе, по ее словам, она не может поест. В физиологических условиях полифагия бывает у беременных, наблюдается также у детей. В ряде стран Востока и Африки в качестве пищевого продукта и даже деликатесов традиционно используют некоторые сорта глины, и это не является патологией. Полифагия встречается при шизофрении, прогрессивном параличе, тяжелой умственной отсталости. Несъедобные предметы наркоманами глотаются иногда с целью добиться назначения наркотиков, депрессивными пациентами — с суицидальными намерениями, а больными с синдромом Мюнхгаузена для того, чтобы вводить врача в заблуждение и подвергнуться операции.

Пика, парарексия — пищевые прихоти, обусловленные сверхценным или бредовым отношением к пище. Больные предпочитают есть, например, что-то одно: сухари, шоколад, овощи, компот, блюда из печени или изобретают особые, причудливые диеты. Пищевые прихоти могут приобретать странный, нелепый характер. Так, больной шизофренией испытывает «нужду в солях калия, животных белках», время от времени переходит на прием больших количеств «углеводов и

препаратов кальция» или не ест ничего, кроме овсяной каши.

Полидипсия — неутолимая жажда. Встречается в основном при эндокринных заболеваниях, межпочечно-гипофизарной патологии. Реже отмечается психогенно обусловленная разновидность полидипсии. Повышенное потребление воды свойственно маниакальным состояниям, в депрессии, напротив, выявляется олигодипсия.

К нарушениям инстинкта безопасности (самосохранения) относится страх, агрессия и суицидальное поведение.

Страх — переживание человеком непосредственной опасности для жизни, здоровья или социального благополучия. В норме страх возникает в ситуации, реально угрожающей безопасности индивидуума. Появление болезненных страхов во многом зависит от способности оценивать ситуацию. Неадекватная оценка может повлечь страх там, где объективно для него нет оснований (умственная отсталость, сниженная самооценка, недостаток опыта, детский возраст, психическое заболевание). Часто встречаются преувеличенные или сверхценные страхи. Страх может возникать аутохтонно, то есть без внешних поводов — протопатический страх. Встречаются навязчивые, бредовые страхи, а также припадки эпилепсии в виде страха. Проявления страха многообразны, но основными являются две его формы:

возбуждение и заторможенность. Возбуждение на высоте страха может принимать вид панического бегства, а заторможенность достигать степени ступора. Одной из форм страха является ипохондрия — страх за здоровье. Могут быть разграничены следующие градации ипохондрии: страх смерти; страх за физическое здоровье; страх за психическое здоровье; страх за внешний вид. К проявлениям страха относится также тревога. Тревога — беспредметный, неосознанный, проецируемый в неопределенное будущее страх.

Агрессия — поведение, направленное на устранение источника опасности, действительного или мнимого. В широком смысле агрессия — это установка личности на преодоление препятствий к достижению цели: настойчивость, упорство, твердость. Агрессия может быть пантомимической или экспрессивной (угрожающей позы), аффективной (гнев, злоба), вербальной (словесные угрозы), импульсивной (разрушительные действия), враждебной (целенаправленное нанесение вреда), инструментальной (является средством достижения иной цели), индуцированной (в толпе, которой внушен образ врага). На уровне собственно человеческих проявлений агрессия выражается отвращением, ненавистью к причинам, порождающим насилие, разрушение природы. Агрессивные тенденции у психиатрических пациентов встречаются не чаще,

чем у здоровых индивидуумов. Агрессивность нельзя считать первичным, биологическим симптомом душевного заболевания. Большей частью агрессивные действия пациентов являются реактивными и выражают преморбидные установки личности. С психоаналитических позиций агрессивность формируется в раннем детском возрасте в ответ на насилие взрослых (пеленание, подавление свободы, принуждение, наказания). Подавление агрессии приводит к неврозам. Коррекция агрессии возможна путем переключения в социально приемлемое русло. Если детские агрессивные импульсы подавляются, не социализируются, то у взрослого человека агрессия сохраняется в своем первозданном, архаическом виде.

Самоубийство (суицид) — агрессия, направленная на себя, аутоагрессия. Существующее многообразие форм самоубийства отражает влияние на отношение человека к себе различных причин: социальных, психологических, биологических. Приведем описание некоторых видов самоубийства:

— самоотречение — фанатичная жертва собою ради достижения отвлеченных целей. Самоотречение может стать особой формой существования. Вызывая невольное уважение, такой стиль жизни не может не настораживать,— человек, отрекающийся от себя, едва ли сумеет считаться с интересами других людей;

— институциональное самоубийство — совершается по мотивам, отражающим репрессивные, этические предписания общества или космогонические представления (например, самосожжение буддистов);

— итоговое самоубийство — человек убивает себя, зная наверное, или ошибочно думая, что вскоре умрет мучительной либо позорной смертью;

— альтруистическое самоубийство — добровольная смерть ради спасения других. В. Франкл не считает суицидальные мотивы альтруистическими, указывая, что в большей части случаев самоубийство диктуется побуждениями личного характера;

— платоническое самоубийство — совершается по идейным соображениям, например, для доказательства собственной правоты, из нежелания отказаться от своих убеждений (смерть Сократа);

— индуцированное самоубийство — реализуется под влиянием внешнего внушения или скрытых форм манипулирования сознанием;

— самоубийство, отражающее факт обесценивания или непонимания ценности своей жизни. Например, самоубийство в

играх детей;

— демонстративное самоубийство — совершается как демонстрация своего мужества; в иных случаях это проявление отчаяния, иногда последней просьбы о помощи. Используется также как средство давления на окружающих (суицидальный шантаж);

— самоубийство, как образ жизни. Одной из самых распространенных форм аутодеструктивного поведения являются алкоголизм, наркомания;

— скачкообразное самоубийство — покушение на свою жизнь во время приступа невыносимой боли, как физической, так и душевной.

Все вышеперечисленные виды самоубийства не связаны с какой-либо психической патологией в том смысле, что совершающие их люди не страдают собственно душевными заболеваниями. У психиатрических пациентов самоубийство находится в связи с различными психическими нарушениями. В зависимости от характера последних могут быть разграничены следующие клинические варианты суицидного поведения:

— импульсивное самоубийство — внезапное, не имеющее мотивации и психологически необъяснимое. Суицидальный акт совершается как бы машинально любым способом, вытекающим из сиюминутной ситуации. Так, если на глаза попадается нож, следует удар в область сердца или шеи; при виде ядовитой субстанции используется она; идя по мосту, больной столь же бездумно бросается в воду, а на улице — под машину; случайно подвернувшимся лезвием вскрывается вена и т. д. Оставшиеся в живых, пациенты не выражают ни радости по поводу того, что не погибли, ни огорчения своей неудачей, и вообще они не могут толком объяснить, что собственно, случилось. Суицидные импульсы молниеносны, непредсказуемы, время от времени могут повторяться. Данный тип самоубийства мы наблюдали у кататонических пациентов;

— эпилептиформное самоубийство — суицидальные действия, совершаемые в состоянии эпилептиформного возбуждения. У оставшихся в живых пациентов воспоминаний о суициде не сохраняется;

— галлюцинаторное самоубийство — обусловлено императивными галлюцинациями суицидного содержания. Иногда обманы восприятия создают у пациента представление о столь безвыходной ситуации (сценopodobные слуховые и аналогичного типа зрительные галлюцинации), что у больного как бы не остается лучшего выбора, кроме покушения на свою

жизнь. Иногда голоса обещают новую, лучшую жизнь «в том мире» и пациент охотно соглашается на переход туда посредством суицида;

— бредовое самоубийство—чаще обусловлено бредом преследования и воздействием той мнимой ситуации, в которой самым благоприятным исходом, как решает пациент, является самоубийство. Суициды встречаются также у пациентов с бредом смертельной болезни, бредом перерождения (через смерть пациент надеется возродиться в ином, более высоком качестве), в связи с бредовой деперсонализацией (идентификация с выдающейся личностью, покончившей с собой);

— депрессивное самоубийство — по-видимому, одно из наиболее частых. Связано с идеями греховности, самообвинения, переживанием смыслоутраты. Возможно «расширенное» самоубийство — вначале пациент убивает близких, считая, что их ждет мучительная участь, и им лучше принять смерть, нежели подвергаться невыносимым страданиям. После гибели близких он без колебания убивает и себя. Вероятность самоубийства не имеет прямой связи с глубиной депрессии. Депрессивные пациенты нередко тщательно скрывают суицидные намерения, главным образом потому, что считают их глубоко личным делом, а также из опасения противодействия окружающих. Самоубийства могут совершаться ранним утром, когда депрессия бывает особенно тяжела, или в другое время суток, если представляется более подходящий случай. Предпочитаются такие способы самоубийства, которые не оставляют надежды на спасение жизни. Так, больной покончил с собой, положив голову под кузнечный пресс. Другой пациент, действуя наверняка, вскрыл на обеих руках и в разных местах вены, сделал то же с яремными венами, а затем сдавил, как мог, полотенцем шею. Или пациент совершил попытку самоповешения, углубившись в тайгу, и разжег под деревом костер, чтобы затем сгореть. Столь странные самоубийства могут указывать на депрессию у больных шизофренией;

— невротическое самоубийство — отражает влияние психических нарушений невротического уровня реагирования (деперсонализация, истерия и др.). Если нервную анорексию рассматривать в суицидальном контексте, то она могла бы стать моделью невротического самоубийства. Во всех иных случаях невротических расстройств суицидные тенденции, хотя и часты, но обычно амбивалентны и сравнительно редко реализуются. При истерии нередко наблюдаются попытки бутафорского самоубийства;

— реактивное самоубийство — связано с депрессивной реакцией на психотравмирующую ситуацию, действительную или, что

также случается, только кажущуюся. Так, самоубийство иногда совершается после осознания факта психического заболевания. Весьма часты аутоагрессивные действия у психопатических личностей возбудимого типа в состоянии аффекта. Фактором, значительно облегчающим реализацию суицидных импульсов, является при этом опьянение (алкогольное, барбитуровое);

— самоповреждение (членовредительство), как один из видов аутодеструктивного поведения. Встречается не только у здоровых субъектов (самоистязание по религиозным причинам с целью смирения плоти — флагеллантизм, членовредительство из корыстных соображений), но также у пациентов с психическими отклонениями. Так, больной с явлениями деперсонализации (телесной анестезией) сжег в печи кисти обеих рук, надеясь тем самым «почувствовать себя». У пациентов, находящихся на грани распада личности, встречается иногда совершенно немотивированное влечение к членовредительству. Нам известен случай, когда больной с шизофренической деменцией, пользуясь малейшей возможностью свободы действий, повредил себе обе барабанные перепонки, сделал энуклеацию обоих глазных яблок (пальцем!), пытался вскрыть вены, травмировал себе носовые ходы и гениталии.

Опыт наблюдений за суицидальным поведением пациентов и здоровых индивидуумов убеждает в том, что важным внутренним условием самоубийства является эгоцентрическая структура личности или регрессия на данный уровень личностного функционирования. В конце концов дело сводится к тому, что собственная жизнь, внешность, болезнь, свое положение или личное страдание находятся в центре внимания суицидента. Социальные влияния, как непосредственные, так и ранние (задерживающие развитие личности) имеют важное, но, вероятно, лишь дополнительное значение в генезисе суицидального поведения. Так, среди узников фашистских концентрационных лагерей, вопреки ожиданиям, частота самоубийства была очень низкой. Коэн объясняет это столь глубокой регрессией личности, что она низводилась до «животного уровня», когда все побуждения сходились к тому, чтобы выжить. Из потребностей оставались совсем немногие — в еде, сигаретах и в теплой ванне. Не возникало даже сексуальных проблем, весьма острых для обычных заключенных. Что касается гипотезы врожденного влечения к смерти или представления об инверсии инстинкта самосохранения, то признание подобных причин самоубийства скорее отражает специфику понимания природы человека, нежели что-то объясняет по существу. Следует подчеркнуть, что суицидальное поведение не является первичным симптомом психического расстройства. Последнее может, разумеется, подтолкнуть к суициду, облегчить его осуществление, но оно не может быть его

основной причиной.

Патология родительского чувства, насколько нам известно, практически не описана в психиатрической литературе. Возможно потому, что отождествляется с нарушением сексуального влечения. Между тем это совершенно разные вещи не только для человека, но даже у животных. Согласно сводке исследований по иерархии инстинктивных потребностей животных, которую приводят Р. Конечный и М. Боухал (1983), материнский инстинкт занимает по важности первое место, в то время как сексуальное влечение — лишь четвертое в списке из пяти инстинктов. В этом не трудно убедиться и на повседневном клиническом опыте. Потребность иметь детей может быть очень сильной у холодных в сексуальном отношении женщин, а с другой стороны, «секс-бомбы» испытывают отвращение к материнской роли. Бывает и так, что сексуальное влечение, отсутствующее в генеративный период жизни, пробуждается во время или после климакса, и, напротив, иногда возникает до появления биологической зрелости.

Фрустрация родительской потребности может быть причиной невротических расстройств поведения: это конфликты в семье, острое чувство неполноценности, ощущение смыслоутраты. Встречаются аномальные формы поведения: жизнь «в свое удовольствие», враждебность к детям, презрительное отношение к семьям с детьми, другие защитные стратегии. С рождением ребенка с уродством у многих родителей возникают мучительные самобичевания. Для искупления мнимой своей вины последующая их жизнь иногда приносится в жертву — все время и силы уходят на поиск возможности исправить дефект, хотя ничего уже сделать было нельзя. Появляется панический страх повторных родов. Тяжелейшей травмой, могущей повлечь развитие психотического состояния, является потеря ребенка. Иногда, напротив, встречаются труднообъяснимые случаи ненависти родителей к своим детям. В одном из них мать на протяжении многих лет буквально преследовала сына, пытаясь всячески дискредитировать, помешать его социальному росту и семейному счастью. Родительская потребность может звучать в содержании психотических переживаний. Так, в остром психозе пациентки нередко оказываются в ситуации мнимых родов. Другие «рожают» огромное количество детей. Синдром ложной беременности, несомненно, связан с неосуществимым в реальности желанием иметь ребенка. Встречаются больные, которые в психозе «убивают» своих детей. Некоторые пациенты с бредом ревности отказываются от детей, считая их «чужими». Разумеется, связывать упомянутые нарушения с повреждением на уровне родительского инстинкта было бы рискованно. То же самое можно повторить о других инстинктах человека. Остается все меньше надежды понять природу человека с физиологических позиций, поскольку в нем непостижимым

образом соединяются и «соль земли, и свет мира».

Психомоторные нарушения. Психомоторные нарушения проявляются немотивированными, бездумными, близкими к гиперкинезам движениями и действиями, а также состояниями обездвиженности.

Негативизм. Бессмысленное противодействие требованиям ситуации, а также собственным побуждениям к деятельности («внутренний негативизм», амбивалентность). При активном негативизме совершаются поступки, обратные адекватным. При пассивном негативизме наблюдается отказ от выполнения целесообразных действий. Негативизм может проявляться не только моторными актами, но и в речи. Так, больная говорит: «Сегодня не понедельник, не пятое февраля. Я не лежу в больнице, я не больная. Нет, я не здоровая. У меня мужа нет. Он был, но не сплыл, его не было, но он всплыл, зовут его не Иван...». Негативистичные больные плохо вступают в контакт, могут вовсе не отвечать на вопросы, не разговаривать вообще — мутизм. Во время беседы сидят, отвернувшись в сторону, глядят в пол, не смотрят на собеседника, стискивают зубы, пытаются уйти. Негативизм может быть генерализованным и элективным, избирательным. При тотальном (генерализованном) варианте негативизм распространяется на всех окружающих и самые различные ситуации. Элективный негативизм выражен в отношениях с отдельными людьми и связан с относительно узким кругом ситуации. Негативизм, как упоминалось, может быть не только к внешним воздействиям, но и к внутренним импульсам. Так, кататонический пациент не может пойти в туалет или же, будучи там, не в силах сделать то, что нужно, отчего бывает неопятен мочой и калом. Не удается ему сглотнуть или выплюнуть слюну, и она переполняет ему рот — симптом псевдоптиализма Осипова. В норме негативизм наблюдается у детей в возрасте 3—4 лет — физиологический негативизм. Последний указывает на появление автономии, «самости» личности, знаменуя важный этап в развитии самосознания. Негативизм свойствен незрелым личностям, сосуществуя с повышенной внушаемостью, сопутствует различным болезненным состояниям. У кататоников, в отличие от прочих пациентов, лишен мотивации.

Автоматическая подчиняемость (проскинезия Леонгарда). Безусловное подчинение всем требованиям, как бы неприятны или неприемлемы они ни были. Встречается у кататоников. Относительно легкие формы подчиняемости соответствуют повышенной внушаемости, конформности.

Эхопраксия. Непроизвольное, иногда многократное повторение движений, действий, поступков окружающих.

Стереотипии. Однообразие в поведении. Например, больной постоянно находится в одной и той же позе, совершает одни и те же действия, занимает строго определенное место в палате, повторяет какое-либо движение несколько раз подряд (двигательные итерации). При речевой стереотипии пациент изо дня в день повторяет с неизменной интонацией одну или несколько фраз, не говоря ничего другого. Например, спрашивает врача: «Как вы себя чувствуете?».

Акинезия. Обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности действовать при побуждении извне.

Ступор. Обездвиженность, оцепенение. Различают следующие виды ступора: кататонический — включает обездвиженность, мутизм и повышение мышечного тонуса; депрессивный — («мрачное оцепенение») — двигательное торможение, связанное с депрессией; психогенный — обездвиженность, возникающая в ответ на действие шоковой психической травмы; галлюцинаторный — обездвиженность, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций; бредовый — оцепенение,

являющееся бредовой формой поведения; экстатический — обездвиженность, возникающая на высоте экстатического аффекта; маниакальный — двигательное торможение при маниакальном состоянии; экзогенный — состояние обездвиженности, возникающее в результате токсического или инфекционного поражения стриопаллидарных отделов мозга, например, пост- или метэнцефалитический ступор; апатический — состояние аспонтанности в сочетании с полным безразличием, наблюдающееся при лобных поражениях, затяжных симптоматических психозах, кахексии, черепно-мозговых травмах, прогрессивном параличе, шизофрении. В связи с явлениями апрозексии (полным выпадением внимания, как активного, так и произвольного) имеет место апатическая дезориентировка. Сознание не нарушается. Апатический синдром — обездвиженность, возникающая в результате выключения коры больших полушарий и преобладания активности стволовых механизмов. Описание и термин принадлежат Э. Кречмеру. Характерны апрозексия, отсутствие эмоциональных реакций, выпадение произвольных движений, отсутствие психических актов, составляющих содержание сознания при отсутствии собственно помрачения сознания. Описан при прогрессирующих атрофических заболеваниях старческого и предстарческого возраста, черепно-мозговых травмах, кровоизлияниях, опухолях, интоксикациях, воспалительных заболеваниях головного мозга.

Паракинезии (парапраксия). Манерность, вычурность,

карикатурность движений и действий. Больные гримасничают, говорят ломаным языком, принимают неестественные позы, по-особому ходят (например, только на пятках), необычным образом выполняют какие-либо действия (например, шапка снимается рукой, протянутой под коленом). Искажение формулы движений и действий носят в данном случае характер неокинезии. Двигательные новообразования, наблюдающиеся также в детском возрасте (синдромы раннего детского аутизма), показывают, что психологическую основу паракинезии составляет наиболее ранняя форма фантазирования — двигательные фантазии, предшествующие более сложным патологическим игровым фантазиям.

Двигательное возбуждение — гиперкинезия. Наблюдаются различные виды: депрессивное — (меланхолический раптус) связано с состоянием мучительной, непереносимой тоски, безысходного отчаяния; тревожная ажитация — немотивированное двигательное беспокойство, связанное с состоянием тревоги и аффективного напряжения; маниакальное — повышение двигательной активности, свойственное маниакальным состояниям; галлюцинаторное и бредовое обусловлено галлюцинациями и бредом; эпилептиформное связано с приступом глубокой дисфории, экстатического аффекта или сумеречного помрачения сознания; эретическое — эпизоды бессмысленных разрушительных, агрессивных или аутоагрессивных действий во время психоза у пациентов с умственной отсталостью; психогенное — паническое возбуждение, наблюдающееся при аффективно-шоковых реакциях; выделяют двигательное — в состоянии помрачения сознания — делирии, аменции; речедвигательное — повышенная говорливость, речевой напор маниакальных пациентов; кататоническое — двигательное возбуждение с преобладанием моторных и речевых стереотипии, паракинезии, импульсивных, реактивных, нелепых и выразительных действий.

Существует, на наш взгляд, возможность клинко-патогенетической систематики состояний психомоторного возбуждения. В основу ее может быть положена шкала тяжести продуктивных психопатологических синдромов А. В. Снежневского (1960). В соответствии с нею ряд состояний возбуждения, отражающих тяжесть лежащих в его основе нарушений, может быть следующим:

— связанное с сенестопатическими атаками (беспокойство, учащение дыхания, частые глотательные движения, вынужденные и постоянно меняющиеся позы, потирания, массирование разных частей тела, размахивания руками и прочие объективные признаки сенестопатий);

— аффективные формы — тревожный и меланхолический формы

раптуса, маниакальное, эрэтическое возбуждение олигофренов; возбуждение эпилептических пациентов в дисфорическом состоянии, психогенное;

— ипохондрический раптус, возбуждение истеричных пациентов, возбуждение во время острых деперсонализационных кризов, возбуждение ананкастных больных во время наплыва тревоги и ритуальных действий;

— бредовое;

— галлюцинаторное;

— кататоническое;

— в состоянии спутанного сознания.

По этому принципу могут быть упорядочены и ступорозные состояния.

В развитии психомоторного возбуждения, как представляется, могут быть установлены три основные степени:

— повышенная активность пациента в целом соответствует направленности личности (непсихотические варианты возбуждения). На верхней грани такого возбуждения появляется быстрая смена ориентации деятельности, что указывает на появление растерянности;

— при более тяжелом психомоторном возбуждении действия пациента направляются ложными представлениями или вовсе не имеют мотивации (галлюцинатор-но-бредовая, кататоническая, сумеречная, связанная с делирием и онейроидом формы возбуждения);

— последняя степень возбуждения представлена крайней дезорганизацией психической энергии, предельным дроблением, хаосом в потоке мыслей, действий, слов, отражая тем самым распад ткани сознания. В дальнейшем возбуждение приобретает гиперкинетический характер — это беспорядочное чередование простейших движений и звуков, как, например, при аменции.

Другие нарушения воли. Нарушения волевой активности могут быть на стадии борьбы мотивов, принятия решения, на этапе волевого действия, и, не связанные с психозом, указывают на расстройства личности. Так, неспособность принять решение, склонность к сомнениям, неуверенность в правильности действий свойственны психопатии психастенического склада. Решение действовать может приниматься мгновенно, без борьбы мотивов, под влиянием аффекта, минутного настроения или

случайной прихоти, обнаруживая тем самым слабость контролирующей функции воли. Такая импульсивность поведения присуща психопатическим личностям возбудимого склада, пациентам с органическими поражениями головного мозга, наблюдаются также при психопатоподобных состояниях. Задержка волевого акта на стадии борьбы мотивов выражается амбивалентностью — сосуществованием полярных побуждений, из которых ни одно не будет реализовано или к моменту принятия решения время уходит. Поведение часто страдает и в том смысле, что намеченный план действий осуществляется без учета меняющихся обстоятельств — ригидность. План действий может быть необдуманым и потому заранее обреченным на провал. Эта нерасчетливость выливается в бестолковую суетливость, когда пациент не имеет ясного представления о последовательности своих действий. Недостаток волевого усилия сводит на нет предыдущую подготовку действий — обычно он связан с боязнью ответственности за последствия своего поведения. В других случаях реализация намерений оказывается неполной или даже невозможной из-за недостатка упорства или вследствие повышенной внушаемости. Расстройства поведения иногда отражают неспособность к произвольному формированию дополнительных побуждений, меняющих либо усиливающих смысл действий посредством намеренного преобразования значимости мотивов (понижение или повышение их ценности) на основе предвидения и переживания последствий действия.